

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

**INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA
EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PESSOA
COM ALTERAÇÃO DA MOBILIDADE POR
ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**

Inês Raquel Márcia de Lemos

Lisboa
2019



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

**INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA
EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PESSOA
COM ALTERAÇÃO DA MOBILIDADE POR
ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**

Inês Raquel Márcia de Lemos


Orientador: Professora Doutora Vanda Marques Pinto

Co-Orientador: Professor Ricardo Braga

Lisboa

2019

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



*“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito.
Não sou o que deveria ser, mas graças a Deus, não sou o que era antes.”*

Marthin Luther King

AGRADECIMENTOS

Um trabalho desta natureza é uma longa aventura que passa por constantes desafios, bloqueios, momentos de desânimo e solidão, a que não faltaram igualmente situações de satisfação e superação que tornaram possível esta caminhada.

À minha família pelo apoio que me proporcionou nas diferentes etapas da vida e, em particular, nesta fase. Estou grata pela compreensão, disponibilidade, amizade, conselhos e incentivos que me ajudaram na superação dos obstáculos que se me foram deparando.

Ao meu Orientador, Professor Ricardo Braga pelo apoio constante, paciência, disponibilidade e orientação exímia, norteadas por um excepcional e rigoroso nível científico e, ainda, uma visão crítica aliada a uma saudável exigência que contribuíram para enriquecer este trabalho.

À minha chefe, Enfermeira Granadeiro, pelo incentivo, apoio dado, palavras encorajadoras e simpatia constantes.

À Sofia e São que estiveram sempre comigo, apoiando-me e incentivando-me.

Ao Salvador, prometo compensá-lo da atenção de que foi privado, fortalecendo a relação afetiva que o ajudará no seu processo de crescimento.

LISTA ABREVIATURAS E SIGLAS

ACM – Artéria Cerebral Média

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diária

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECCL – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

INE – Instituto Nacional de Estatística

REPE – Regulamento do Exercícios Profissional dos Enfermeiros

SNC – Sistema Nervoso Central

TAC – Tomografia Axial Computorizada

UCC – Unidade de Cuidados da Comunidade

RESUMO

O AVC é a doença neurológica mais comum no mundo e, igualmente, uma das mais incapacitantes. São inúmeras as alterações decorrentes do AVC, contudo as limitações motoras são as mais comuns, conduzindo a constrangimentos na marcha e controlo postural, alterações no equilíbrio e coordenação motora, hemiparesia e espasticidade, traduzindo-se, assim, em alterações ao nível da mobilidade da pessoa, comprometendo a sua capacidade de interação com o ambiente, a sua autonomia e capacidade de desempenhar o autocuidado.

Neste contexto, é inegável a importância da intervenção do EEER no âmbito da reeducação motora da pessoa com AVC, sendo essencial na maximização da funcionalidade, na promoção da autonomia e capacitação da pessoa e família na concretização do seu autocuidado. Assim, a Teoria do Défice do Autocuidado revelou-se estruturante no processo de tomada de decisão, implementação de intervenções e monitorização dos ganhos em saúde.

O presente documento consiste na descrição, análise e reflexão sobre as atividades no percurso de aprendizagem em Ensino Clínico, considerando os objetivos delineados no Projeto de Formação, com o intuito de desenvolver competências comuns e específicas de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação e competências inerentes ao grau de Mestre, de acordo com os descritores de qualificação específicos.

Posto isto, foi possível constatar que a intervenção do EEER, na pessoa com alteração da mobilidade por AVC, assenta na maximização da força muscular, coordenação motora, marcha, estabilidade postural, amplitude articular e função propriocetiva e na capacitação da pessoa para o autocuidado nas AVD. A aplicação de instrumentos de avaliação sensíveis, rigorosos e validados permitiram dar visibilidade aos ganhos em saúde decorrentes da intervenção do EEER.

Palavras-chave: Enfermagem de Reabilitação, Acidente Vascular Cerebral, Reabilitação Motora, Alteração da Mobilidade

ABSTRACT

Stroke is the most common neurological disease in the world and one of the most disabling. There are many changes due to stroke, but motor impairments are the most common, leading to walking and postural control constraints, changes in balance and motor coordination, hemiparesis and spasticity, thus resulting in changes in the person's mobility, compromising their ability to interact with the environment, their autonomy and ability to perform self-care.

As a result, it is undeniable the importance of the Rehabilitation Nurse intervention within the scope of the motor re-education of stroke patients, which is essential to maximize their functionality, promote their autonomy and empower them and their families to perform self-care. Thus, the Self-Care Deficit Theory proved to be essential in the decision-making process, the implementation of interventions and the monitoring of health gains.

This document consists of the description, analysis and reflection on the activities in the learning process in Clinical Teaching, considering the objectives outlined in the Training Project, with the aim of developing common and specific competences of Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing and competences inherent to the Master's degree, according to the specific qualification descriptors.

Therefore, it was possible to conclude that the intervention of the Rehabilitation Nurse, in the person with stroke-related mobility impairments, is based on the maximization of muscle strength, motor coordination, gait, postural stability, joint amplitude and proprioceptive function, and on the training of the person for self-care in ADLs. The application of sensitive, rigorous and validated assessment instruments allowed the visibility of the health gains resulting from the intervention of the Rehabilitation Nurse.

Keywords: Rehabilitation Nursing, Stroke, Motor Rehabilitation, Mobility

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	9
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	11
1.1. A pessoa com alteração da mobilidade por AVC – Intervenções de Enfermagem de Reabilitação.....	11
1.2. Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem.....	24
2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS.....	28
2.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	29
2.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.....	38
3. AVALIAÇÃO DAS APRENDIZAGENS.....	54
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	62

APÊNDICES

Apêndice I – Metodologia *Scoping Review*

Apêndice II – Objetivos e Atividades

Apêndice III – Síndromes Neurovasculares

Apêndice IV – Estudo de Caso UCC

Apêndice V – Registo de Avaliação e Intervenções em UCC

Apêndice VI – Estudo de Caso Serviço Reabilitação

Apêndice VII – Avaliação e Diagnóstico das Necessidades de Formação do Serviço de Reabilitação

Apêndice VIII – Sessão de Formação Marcha no AVC

Apêndice IX – Exercícios de Comunicação

Apêndice X - Anosognosia

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, surge o presente Relatório de Estágio. Este assenta numa metodologia descritiva, recorrendo-se da análise reflexiva de todo o percurso prático realizado durante o Ensino Clínico, envolvendo uma constante mobilização de conhecimentos, descrição e análise das atividades efetuadas, fundamentais para a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e competências essenciais ao enfermeiro especialista, especificamente, na área de reabilitação, bem como, competências inerentes ao grau de Mestre, definidas pelos descritores de qualificação específicos.

O Projeto de Formação delineado, previamente, na Unidade Curricular Opção II, assume-se como essencial na elaboração do Relatório de Estágio, destacando-se pela recolha rigorosa de dados científicos, recorrendo a uma metodologia de *Scoping Review* (Apêndice I), e pelo planeamento do percurso a desenvolver em Ensino Clínico, através da definição de objetivos e de atividades (Apêndice II). Foi, então, lançado o desafio de desenvolver uma área de interesse que fosse, simultaneamente, relevante do ponto de vista social, profissional e pessoal. Assim, foi considerada a temática da reabilitação da pessoa após Acidente Vascular Cerebral.

Por conseguinte, o conhecimento científico adquirido e desenvolvido durante a formulação do Projeto de Formação foi operacionalizado no Ensino Clínico, tendo este proporcionado oportunidades de aprendizagem ao facilitar o contacto com equipas com competências/conhecimentos específicos em enfermagem de reabilitação e com pessoas/famílias com necessidade de cuidados específicos nesta área.

Desta forma, destacam-se os Ensinos Clínicos que permitiram uma prática de cuidados com momentos de aprendizagem distintos, como uma Unidade de Cuidados na Comunidade, inserida na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, que se focou na intervenção junto de pessoas e respetiva família, em situação de dependência, que necessitavam de cuidados de natureza preventiva, reabilitativa ou paliativa, em contexto domiciliário. O Serviço de Reabilitação pertencente a um hospital de Lisboa, permitiu atuar ao nível da capacitação/adaptação da pessoa/família com limitação da atividade, recorrendo ao ensino e treino das AVD

para o desempenho do autocuidado, de forma a que esta fosse reintegrada na comunidade.

A escolha da temática “Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na pessoa com alteração da mobilidade por Acidente Vascular Cerebral” assenta, sobretudo, numa motivação pessoal e profissional, uma vez que exerço funções num serviço de Medicina Interna, onde, perante uma diversidade de patologias, se destaca o AVC.

Refletindo sobre a minha prática de cuidados denoto que a problemática da alteração da mobilidade por AVC esteve sempre muito presente, bem como as suas repercussões na vida da pessoa/família. Constatei, igualmente, que a pessoa não está preparada para lidar com a situação de incapacidade inesperada, principalmente, quando esta interfere com a sua independência na realização das atividades de vida diária. Perante este panorama, no serviço onde exerço funções, estas pessoas são avaliadas pela equipa de enfermagem que analisa o seu potencial de reabilitação, sendo a sua situação discutida semanalmente com a equipa de Medicina Física e Reabilitação, Assistente Social e Equipa de Gestão de Altas, de forma a delinear um plano de reabilitação para o internamento e preparar a alta para domicílio ou RNCCI.

O presente relatório tem com finalidade apresentar a operacionalização do Projeto de Formação nos diferentes contextos clínicos, descrever as atividades realizadas e refletir sobre as competências desenvolvidas. Assim, a sua estrutura tem início com a introdução, onde é identificada a temática e pertinência da sua escolha, seguindo-se o seu enquadramento teórico e conceptual. O capítulo subsequente, descreve e analisa as atividades que contribuíram para o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEER e avalia, ainda, o trabalho desenvolvido durante a componente prática. Posteriormente, é realizada uma reflexão sobre o percurso de aprendizagem efetuado e, por fim, surgem as considerações finais que terminam com uma perspetiva do futuro.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Este capítulo pretende desenvolver e fundamentar teoricamente as atividades desenvolvidas durante o percurso em contexto clínico, focando-se nas alterações da mobilidade decorrentes do AVC e no contributo da intervenção do EEER bem como na filosofia de cuidados inerente ao processo de tomada de decisão.

1.1. A pessoa com alteração da mobilidade por AVC – Intervenções de Enfermagem de Reabilitação

O INE (2019) refere que as doenças do aparelho circulatório continuam a ser a principal causa de morte em Portugal. No ano de 2017, registaram-se em Portugal 32 366 óbitos por doenças do aparelho circulatório, sendo estes 29,4% do total de óbitos. Das mortes motivadas por doenças relacionadas com o aparelho circulatório sobressaem as doenças cerebrovasculares, com 11 270 óbitos, destacando-se os AVC Isquémicos e Hemorrágicos.

O documento Programa Nacional para as Doenças Cerebrovasculares acrescenta que, apesar da elevada taxa de mortalidade, nas últimas duas décadas, tem ocorrido uma progressiva diminuição destas, fenómeno que se atribui à aplicação de medidas preventivas como: a Lei de Cessação Tabágica, a iniciativa legislativa de redução do conteúdo de sal e açúcar, entre outras campanhas, que visam a adoção hábitos de vida saudáveis. Por outro lado, tem-se assistido a uma substancial melhoria no diagnóstico e correção dos fatores de risco, a avanços significativos no tratamento (terapêutica anti trombótica e de reperfusão), bem como, a um investimento em múltiplas unidades de AVC e na Via Verde AVC (Direcção Geral de Saúde, 2017).

Embora não se verifique uma alteração significativa na incidência de doenças cerebrovasculares, comparativamente a anos anteriores, a sua prevalência tem vindo a crescer devido ao aumento da taxa de sobrevivência e ao envelhecimento da população (Ministério da Saúde, 2018).

O AVC, para além de ser a doença neurológica mais comum no mundo, é igualmente considerada uma das mais incapacitantes, sendo a principal causa de

incapacidade ajustada por anos de vida, encontrando-se em sétimo lugar a nível mundial (Feigin, Norrving, & Mensah, 2017). Das pessoas que sobrevivem ao episódio agudo, cerca de 40% ficam com algum grau de incapacidade, levando, não só, a uma sobrecarga dos cuidadores, como a elevados gastos em saúde (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2007). Posto isto, é possível afirmar que o AVC tem um enorme impacto familiar, social e económico, constituindo-se como um grave problema de saúde pública (Sá, 2009; Ministério da Saúde, 2018).

O AVC define-se como o início súbito de sinais focais neurológicos provocados por uma lesão aguda no sistema nervoso central, resultante de um processo vascular, cuja duração ultrapassa as 24 horas. Conduz a uma diminuição ou ausência do fornecimento de oxigénio e nutrientes, causando danos no tecido cerebral (World Health Organization, 1978; Sacco et al., 2013).

De acordo com a sua etiologia, classificam-se em isquémico ou hemorrágico. Segundo Go *et. al* (2014), o AVC isquémico abrange cerca de 85% dos AVC e resulta da supressão de aporte sanguíneo e glucose a uma área cerebral após oclusão ou estenose vascular. Classificam-se de acordo com a sua origem: cardioembólicos, ateroscleróticos, lacunares, com outras causas específicas e de etiologia desconhecida. Apesar de o AVC hemorrágico apenas ser responsável por 15% a 20% dos AVC, a sua taxa de mortalidade e morbilidade são significativamente superiores. Resulta de uma rutura vascular cerebral e divide-se em subaracnoide e intracerebral (Mehndiratta, Chapman Smith, & Worrall, 2015).

Como referido anteriormente, a redução do impacto que o AVC tem na população estabelece-se como objetivo primordial das políticas de saúde, sendo essencial identificar os fatores de risco modificáveis de forma a delinear estratégias de intervenção que incidam sobre os mesmos. São inúmeros os fatores de risco para o AVC, dividindo-se em modificáveis, como hipertensão, fibrilhação auricular, dislipidemia, diabetes *mellitus*, dieta, tabagismo e atividade física, e não modificáveis, com a idade, sexo, raça/etnia, história pessoal, história familiar (Boehme, Esenwa, & Elkind, 2017; Feigin et al., 2017)

Relativamente ao diagnóstico, o desenvolvimento de técnicas modernas de neuroimagem, como a tomografia axial computadorizada, tomografia por emissão de positrões, a ressonância magnética, ultrassonografia transcraniana, doppler e

angiografia cerebral, aumentou exponencialmente a precisão do diagnóstico e previsão do risco de desenvolver AVC (Piassaroli, Almeida, Luvizotto, & Suzan, 2012).

O facto de a cada região do SNC estar atribuída uma especialização funcional, permite que seja possível localizar a lesão a partir do défice que ela determina. Ou seja, a oclusão das diferentes artérias cerebrais conduz aos diversos Síndromes Neurovasculares (Apêndice III), que se manifestam através de sinais clínicos particulares, de acordo com a artéria cerebral envolvida (Balami, Chen & Buchan, 2013). De uma forma geral, o AVC manifesta-se frequentemente através de uma diminuição da força, alteração na coordenação, afasia, *neglect*, défices visuais, alterações cognitivas (disfunção executiva e amnésia), depressão, défices sensoriais e disartria (Winstein et al., 2016).

O conhecimento destas manifestações clínicas específicas assume especial importância na prática do EEER, permitindo que este estabeleça programas de reabilitação específicos centrados na melhoria das capacidades da pessoa com AVC.

As complicações médicas indiretas continuam a ser muito frequentes em indivíduos com AVC, sendo os principais responsáveis pelo aumento da mortalidade e do tempo/custo de internamento (Ingeman, Andersen, Hundborg, Svendsen, & Johnsen, 2011). Condições médicas pré-existentes, idade avançada e incapacidade prévia ao AVC, aumentam a vulnerabilidade destas pessoas. A maioria das complicações desenvolvem-se nas primeiras semanas após o AVC, sendo as mais comuns: febre (30-40%), pneumonia (50%), disfagia (37-78%), alterações cardíacas, trombose venosa profunda, embolismo pulmonar, contraturas, quedas (22%), úlceras de pressão (14,3%), o ombro doloroso (5-84%), subluxação do ombro (17-66%), e espasticidade (19-38%). Estas complicações requerem conhecimentos e intervenções específicas para a sua prevenção e tratamento (European Stroke Organization, 2008; Piassaroli et al., 2012; Wist, Clivaz, & Sattelmayer, 2016).

Segundo diferentes autores, as limitações motoras são as alterações mais comuns, estando presentes em cerca de 80% das pessoas (Vries & Mulder, 2007; Langhorne, Coupar, & Pollock, 2009; Takeuchi & Izumi, 2013). Vries e Mulder (2007) acrescentam que 20% destas pessoas recuperam parte da função motora, nos meses subsequentes e, cerca de 50-60%, ficam com alterações motoras permanentes.

Estes défices motores são secundários a lesões no córtex cerebral ou no feixe corticoespinhal, comprometendo as conexões com a espinal medula, tronco

encefálico e cerebelo. Há uma ativação muscular anormal que conduz a alterações motoras que se traduz, mais frequentemente, em hemiparésia (65%). Outras alterações passam por limitações na marcha, perda do mecanismo de controlo postural, alterações no equilíbrio e coordenação motora, (Langhorne et al., 2009; Miller et al., 2010; Vitor, Lopes, & Araujo, 2010; Vries & Mulder, 2007; Wist et al., 2016).

As alterações motoras mencionadas levam à perda dos padrões de movimento do hemicorpo afetado e, conseqüentemente, a uma crescente dificuldade na mobilidade, isto é, na capacidade de interagir com o meio, de forma independente (Hoeman, 2011). A capacidade de se movimentar é essencial visto que interfere na satisfação de muitas outras necessidades, como respiração, circulação, alimentação, eliminação e comunicação. Neste sentido, a pessoa perde a sua função motora e, conseqüentemente, a sua autonomia e capacidade de desempenhar o autocuidado. Desta forma, alterações ao nível da mobilidade da pessoa comprometem a sua capacidade de interação com o ambiente e de resposta às exigências das atividades do quotidiano, sendo, por isso, fundamental perspetivar uma reabilitação eficaz.

Vários autores defendem que a recuperação após AVC está relacionada com a capacidade do SNC em reorganizar e formar novas conexões neuronais, que permitem recuperar ou fortalecer as funções perdidas – neuroplasticidade. Constitui-se como a base de um processo de adaptação funcional e estrutural do SNC, a um ambiente em mutação. (Carey et al., 2019; Dąbrowski et al., 2019; Lotze, Ladda, & Stephan, 2019).

Segundo Wieloch e Nikolich (2006), a perda de função atribuída ao AVC resulta da morte e disfunção celulares no local da lesão isquémica e nas áreas envolventes, incluindo as contralaterais, comprometendo a sua a função. Este processo é consequência da diminuição do metabolismo, separação neurovascular e alterações na neurotransmissão (diásquise).

À medida que o tecido lesionado recupera, são ativados processos regenerativos, que conduzem a um certo grau de recuperação funcional durante os meses que se seguem. Acredita-se que esta recuperação envolva três fases distintas: reversão da diásquise, ativação da génese celular e reparação celular, alteração das características das ligações neuronais existentes e, por fim, a formação de novas redes neuronais (Wieloch & Nikolich, 2006; Pekna, Pekny, & Nilsson, 2012).

Neste sentido, o SNC, ao alterar a estrutura e função dos neurónios, permite a reorganização das áreas peri-lesionadas, bem como, das áreas contralaterais, possibilitando que o hemisfério não lesado assuma as funções perdidas. Assim, aquando de uma lesão no córtex somatossensorial primário, assiste-se a uma célere reorganização estrutural e funcional desta área, resultante da estimulação sensorial das restantes áreas intactas. De forma semelhante, uma lesão no córtex motor leva a um recrutamento das áreas motoras que não tinham um contributo significativo para a função previamente ao AVC (Pekna et al., 2012). Um estudo de Gerloff et al. (2006) demonstra, efetivamente, que a recuperação assenta num aproveitamento dos recursos ipsi e contralesional, reforçando que, o aumento da atividade contralesional facilita a recuperação do controlo da função motora, ao atuar num nível de processamento superior, sendo este semelhante ao de um indivíduo saudável.

Segundo Pekna et al. (2012), os últimos avanços na área da recuperação após AVC demonstram que os resultados da neuroreabilitação podem ser melhorados através da manipulação comportamental combinada com terapias adjuvantes que estimulem a neuroplasticidade. Por outro lado, sendo as representações das áreas sensitiva e motora suscetíveis aos estímulos ambientais, decorrentes dos processos de memória e aprendizagem, o fenómeno da neuroplasticidade está sensível a estes, nomeadamente, durante o processo de reabilitação. Desta forma, as atividades diárias, o processo de aprendizagem e o treino motor têm uma grande influencia sobre a função cerebral (Carey et al., 2019; Dąbrowski et al., 2019; Lotze et al., 2019).

Após lesão cerebral, deve proceder-se a uma avaliação detalhada da funcionalidade das estruturas corporais e das limitações/restrições à autonomia, perspetivando a reabilitação. Esta deve ser realizada por um profissional com experiência em reabilitação assim que as condições médicas e neurológicas o permitam (Winstein et al., 2016). Num estudo conduzido por Edwards et al. (2006), é demonstrada a importância de uma avaliação sistemática adequada. Concluiu que os parâmetros avaliados detetaram um maior número de défices do que os que já se encontravam descritos.

Com efeito, a avaliação, com recursos a escalas e índices, possibilita a uniformização de conceitos, a identificação de fatores de dependência (morbilidade física, mental ou o isolamento social) e a implementação de intervenções que promovam a autonomia (Botelho, 2005). Além disso, fornece informação prognóstica,

permitindo definir intervenções específicas, centradas na pessoa. (Winstein et al., 2016).

Segundo Teasell, Hussein e Foley (2018), a avaliação dos défices cognitivos tem um valor clínico inestimável, ao prever a gravidade da lesão cerebral. Dong et al. (2013), num estudo observacional, revelaram que a utilização da escala Montreal Cognitive Assessment e do Mini-Mental State Examination permitiam prever o resultado funcional até 3-6 meses após o AVC. Todavia, Burton e Tyson (2015), demonstram que a escala Montreal Cognitive Assessment é mais sensível na identificação de défices cognitivos, enquanto que o Mini-Mental State Examination é mais viável em situações de demência.

Existem inúmeras escalas que avaliam/monitorizam a perda de funcionalidade das estruturas corporais, sendo que a mais comumente utilizada é a National Institutes of Health Stroke Scale. Esta fornece-nos informação sobre a gravidade da lesão cerebral, permitindo prever a morbilidade e mortalidade a curto e longo prazo, apresentando grande sensibilidade para as alterações decorrentes da lesão cerebral, embora seja pouco detalhada para determinado tipo de défices, como depressão, défice motor da mão, disfagia e alteração na memória (Winstein et al., 2016).

Nas pessoas em que o défice cognitivo é menor, é imperativo a avaliação do equilíbrio utilizando escalas padronizadas, como Escala de Berg, por forma a determinar o risco de queda. Por conseguinte, a compreensão das capacidades funcionais assume especial importância no planeamento da alta. Assim, as escalas que traduzem o estado funcional e que permitem definir destino pós-alta e tempo de reabilitação são a Medida de Independência Funcional e o Índice de Barthel (Winstein et al., 2016). Segundo Kelly-Hayes et al. (1998) estes instrumentos de avaliação apresentam resultados válidos e fidedignos, contudo, ressaltam que o Índice de Barthel, em situações de dependência, não tem capacidade para extrapolar a gravidade da limitação da função.

Muitas outras escalas existem, especificamente, para avaliar determinados défices como a Escala de Guss, a Medical Research Council, Escala Modificada de Ashworth, Functional Ambulation Categories e Timed up and Go Test (Miller et al., 2010; Ordem dos Enfermeiros, 2016; Iruthayarajah et al., 2018).

Compreender a patofisiologia da lesão cerebral e o processo de neuroplasticidade, bem como a realização de uma avaliação adequada são um pré-

requisito para delinear e direcionar intervenções de reabilitação que promovam a capacitação funcional da pessoa para completar independentemente atividades significativas (Bernhardt et al., 2017; Dąbrowski et al., 2019; Lotze et al., 2019).

Assim sendo, a reabilitação, como especialidade multidimensional, com um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos, assume especial importância visto que promove a independência física, emocional e social da pessoa e, simultaneamente, maximiza o seu potencial funcional. É transversal à prevenção de complicações e ao tratamento da incapacidade, implicando o estabelecimento de objetivos reais e concretos, delineados com a pessoa alvo dos cuidados (Bowen, James, & Young, 2016; Hebert et al., 2016; Regulamento n.º 350/2015). Hesbeen (2003) acrescenta que a reabilitação permite “suprimir, atenuar ou ultrapassar os obstáculos geradores de desvantagem” (pp. 52-53), através de “(...) meios de reeducação funcional, de reinserção social e de reintegração escolar ou profissional” (p.53).

Consequentemente, o início deve ser o mais precoce possível, entre as 24h e 48 horas, uma vez que os processos de reorganização cerebral começam imediatamente após a lesão. (Hesbeen, 2003; Maulden, Gassaway, Horn, Smout, & DeJong, 2005; Bowen et al., 2016; Hebert et al., 2016, Teasell, Foley, Hussein, Wiener, & Speechley, 2018). No entanto, um estudo recente sobre a mobilização precoce sublinha que a sua segurança e eficácia é máxima quando esta é realizada em sessões curtas e frequentes (Langhorne, Wu, Rodgers e Ashburn, 2017). A mobilização precoce permite prevenir complicações associadas à imobilidade, nomeadamente trombose venosa profunda, contraturas, pneumonia de aspiração e úlceras de pressão (Stein, 2017).

Relativamente à intensidade e duração da mesma, vários autores referem que não existe evidência suficiente para fazer recomendações específicas, ressaltando que ambas dependem da tolerância física e mental da pessoa para participar no processo de reabilitação (Stein, 2017). Contudo, a European Stroke Organization (2008) faz referência a uma associação entre o aumento de intensidade da reabilitação, principalmente, no que se refere ao tempo despendido a treinar as AVD e a melhoria nos resultados funcionais, acrescentando que, mesmo assim, a prestação de cuidados organizados e de qualidade apresenta melhores resultados do que um aumento na intensidade.

Segundo Hussein e Teasell (2018), a recuperação neurológica é mais significativa durante os primeiros três meses após a lesão cerebral, podendo manter-se nos meses seguintes, mas a um ritmo mais lento. Relativamente à recuperação funcional, esta pode continuar mesmo após a recuperação neurológica total, sendo influenciada pela idade e gravidade da lesão. Salientam, ainda, que a recuperação da marcha, função do membro superior e funções cerebrais ocorrem nas 12 semanas seguintes.

Brewer, Horgan, Hickey e Williams (2013) defendem que os resultados da reabilitação se devem focar em atividades significativas para a pessoa, apelando à prática repetitiva e à concentração, considerando o que é importante e motivador para o indivíduo, de acordo com os seus défices, potencialidades e rede de apoio familiar/cuidadores.

Tendo em conta os pressupostos acima referidos: a crescente prevalência do AVC em Portugal, a complexidade da sua morbilidade, a prevalência das suas sequelas, nomeadamente, as alterações motoras, associado à evidência existente da efetividade da reabilitação, é inegável a importância da intervenção do EEER no âmbito da reeducação motora da pessoa com AVC. A sua atuação tem “por foco de atenção a manutenção e promoção do bem-estar e da qualidade de vida, a recuperação da funcionalidade, tanto quanto possível, através da promoção do autocuidado, da prevenção de complicações e da maximização das capacidades.” (Regulamento n.º 350/2015, p. 16656). Assim, o EEER deve ser detentor de um corpo de conhecimentos específicos, sendo capaz de identificar as necessidades reais das pessoas de forma a planear a sua intervenção, no sentido de manter ou recuperar a independência das mesmas (Vaughn et al., 2016).

O EEER é o profissional de saúde que cuida de pessoas ao longo do seu ciclo de vida e em todos os contextos da prática de cuidados e, para isso, “avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade...” (Regulamento n.º 392/2019, p. 13566)

Com o intuito de capacitar a pessoa com limitação ou restrição de atividade, para a reinserção social, o EEER “concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista o auto controlo e auto-cuidado” (Regulamento n.º 392/2019, p. 13567) . Estes planos incluem programas de treino de AVD que visam a adaptação às limitações de mobilidade e a maximização da

autonomia e programas de treino motor e cardiorrespiratório que procuram a reeducação das funções motoras, sensoriais, cognitivas e cardiorrespiratórias, entre outras (Regulamento n.º 392/2019; Vaughn et al., 2016). Desta forma, é evidenciada a importância do treino motor enquanto programa de reeducação motora, realizada pelo EEER e o seu impacto na funcionalidade da pessoa.

O plano de intervenção estabelecido pelo EEER deve passar, obrigatoriamente, por um programa de exercícios terapêuticos regulares cuja finalidade passa por prevenir complicações, minimizar a incapacidade e maximizar a funcionalidade. Neste sentido, o EEER deve começar por realizar uma avaliação detalhada das complicações, alterações da funcionalidade e necessidades de reabilitação, recorrendo a instrumentos de avaliação válidos e fiáveis. Posteriormente, deve ser definidas intervenções de reabilitação, baseadas na evidência, com vista a melhoria da funcionalidade (Duncan et al., 2005).

Muitas intervenções terapêuticas foram desenvolvidas com o intuito de recuperar ou manter a função motora, em pessoas vítimas de AVC, sendo que, da pesquisa realizada, as terapias orientadas para reaquisição da função do membro superior e inferior são as mais comuns num programa de reabilitação, pois capacitam a pessoa para o desempenho do autocuidado.

As intervenções para o membro superior assentam, sobretudo, em técnicas que envolvam repetição de determinado movimento, orientado para a realização de uma tarefa (Bowen et al., 2016). Neste sentido, Hebert et al. (2016), no documento Canadian Stroke Best Practice, recomendam que técnicas terapêuticas como mobilizações passivas e ativas assistidas devem ser incluídas no plano de reabilitação por promoverem a integridade articular e a flexibilidade, manterem a amplitude de movimentos e evitar contraturas. Outras intervenções estão descritas como sendo eficazes na reabilitação do membro superior, nomeadamente, a simulação mental do movimento, a estimulação elétrica funcional e a terapia de restrição-indução do movimento.

A simulação mental do movimento corresponde à representação mental de um ato motor específico, isto é, a realização dos movimentos necessários para concretizar uma tarefa específica é feita através de um ensaio mental, sem qualquer atividade motora. É uma intervenção que se serve do mesmo esquema motor utilizado para a concretização física da mesma tarefa ao ativar redes neurais semelhantes. A

simulação mental demonstra resultados ao nível recuperação sensoriomotora do membro superior parético e deve ser utilizada como terapia complementar (Page, Otr e Peters, 2014; Bowen et al., 2016).

Nakipoğlu Yuzer, Köse Dönmez e Özgirgin (2017), num estudo controlado randomizado, determinou que a estimulação elétrica funcional demonstra resultados na diminuição da espasticidade e na melhoria da amplitude articular nos músculos flexores espásticos e hemiplégicos do pulso.

A terapia de restrição-indução do movimento é uma intervenção multifacetada, onde a restrição do movimento do membro menos afetado é acompanhada por um aumento do exercício do membro afetado. Deve ser considerada em pessoas com défice cognitivo e sensorial mínimo e que consigam fazer extensão do pulso, pelo menos, a 20 graus e extensão dos dedos a 10 graus, com dor e espasticidade limitadas (Corbetta, Sirtori, Castellini, Moja e Gatti, 2015; Bowen et al., 2016; Hebert et al., 2016; Wattchow, McDonnell e Hillier, 2018).

A terapia por espelho, que consiste em colocar um espelho no plano sagital da pessoa, enquanto esta realiza exercícios bilaterais, dando ilusão de que o membro afetado se movimenta. Deve ser considerada como uma terapia motora complementar em pessoas com hemiplegia (Paik, Kim, Lee e Jeon, 2014).

Realidade virtual, imersiva e não imersiva, demonstrou ser eficaz em conjunto com outras intervenções de reabilitação. Por outro lado, o treino de movimentos bilaterais não demonstrou ser mais eficaz que o treino unilateral e os resultados estimulação sensorial, que inclui estimulação elétrica transcutânea, acupuntura, estimulação muscular, *biofeedback*, na reabilitação do membro superior não são claros (Pollock et al., 2014; Bowen et al., 2016; Winstein et al., 2016).

Zhu et al. (2015) constata o efeito da terapia de observação de ações na recuperação da função motora dos membros superiores e no desempenho das atividades de vida diárias. Esta baseia-se na teoria do neurónio espelho e tem como objetivo primordial promover a reorganização funcional através da ativação dos referidos neurónios.

Na sequência das intervenções de reabilitação para o membro superior, é relevante a referência à presença de espasticidade do ombro, braço e mão. Esta é definida como um aumento do tônus muscular, dependente da velocidade, com exacerbação dos reflexos tendinosos. Pode ser dolorosa, interferir com a recuperação

funcional e, conseqüentemente, com o processo de reabilitação. Conduz, frequentemente, a uma diminuição da mobilidade, podendo resultar em contraturas (Hebert et al., 2016). A espasticidade pode ser prevenida ou tratada recorrendo ao posicionamento em padrão antispástico, mobilizações, alongamentos e controlo da dor (Bowen et al., 2016).

Relativamente às intervenções direcionadas para o membro inferior, estas estão, essencialmente, relacionadas com a marcha. Esta é uma função grandemente valorizada pela sua importância no desempenho autónomo das AVD (Hebert et al., 2016). Jorgensen, Nakayama, Raaschou e Olsen (1995) demonstraram que, 80% das vítimas de AVC com incapacidade na marcha, melhoraram após 6 semanas e 95% após 11 semanas.

O treino de marcha tem como principal objetivo readquirir o padrão autonómico e voluntário perdido. Abrange o treino de marcha controlada e treino de marcha em passadeira com ou sem suporte corporal (Brewer, Horgan, Hickey, & Williams, 2013; Stein, 2017). O treino de marcha controlada pode ser benéfico para a melhoria da mobilidade funcional e equilíbrio (Iruthayarajah et al., 2018). Relativamente ao treino de marcha em passadeira, caracterizado como intensivo, repetitivo e orientado para uma tarefa, surge como sendo ideal para o treino de marcha, otimizando a velocidade e distância de marcha (Langhorne et al., 2009; French et al., 2016; Hebert et al., 2016).

Outras intervenções demonstraram ser eficazes no treino de marcha, nomeadamente, treino de marcha assistida electromecanicamente, em pessoas incapazes de realizar marcha, estimulação acústica rítmica, realidade virtual, simulação do movimento e o *biofeedback* (Hebert et al., 2016; Iruthayarajah et al., 2018).

O treino de fortalecimento muscular, também deve ser contemplado, visto que é importante na prevenção da atrofia muscular, na manutenção do comprimento das fibras musculares e tendões. A reabilitação recorre a vários tipos de exercícios, nomeadamente, concêntricos, excêntricos e isométricos. Gray, Rice e Garland (2012) compararam a realização de exercícios excêntricos com exercícios concêntricos após o AVC, concluindo que os primeiros demonstraram melhores resultados. No entanto, ressaltam que os exercícios excêntricos seguidos de exercícios concêntricos permitem gerar mais força e, assim, limitar os défices do exercício concêntrico. A meta-análise de Wist, Clivaz e Sattelmayer (2016) refere que os métodos de

fortalecimento que demonstraram eficácia são treino com resistência progressiva, treino de uma tarefa específica, como deambular ou sentar e levantar, exercício aeróbico e estimulação elétrica funcional. Reforçam que estes apresentam ganhos significativos na flexão dorsal e plantar e extensão do joelho. Contudo, o treino com resistência progressiva é o que apresenta melhores resultados no fortalecimento dos membros inferiores, na marcha e equilíbrio.

A perda do controlo postural também deve ser alvo do programa de reabilitação. Este deve incluir exercícios de fortalecimento de tronco e membros inferiores, treino de equilíbrio sentado, treino orientado para uma tarefa e treino de biofeedback (Bowen et al., 2016; Hebert et al., 2016).

Existem diversas abordagens que assentam no neurodesenvolvimento, nestas inclui-se a teoria de Bobath. Esta define-se como uma abordagem direcionada para a resolução de problemas, focando-se no tratamento de indivíduos com alteração da função, movimento e controlo postural, por lesão no SNC. É um método que pode ser utilizado independentemente da idade e gravidade da lesão, contrariamente à terapia de restrição-indução do movimento. Baseia-se no conceito de neuroplasticidade, recorrendo à prática de atividades orientadas para uma tarefa, corrigindo capacidades motoras específicas necessárias à realização da mesma. São realizadas intervenções como o rolar para o lado afetado e menos afetado, sentar, ponte e ortostatismo. A atividade motora decorre num ambiente propício à estimulação sensorial, permitindo modular o comportamento (Graham, Eustace, Brock, & Swain, 2009; Iruthayarajah et al., 2018; Kollen et al., 2009).

Segundo Kollen et al. (2009), a abordagem de Bobath, por si só, não demonstra ser superior relativamente a outras intervenções na reabilitação do AVC.

Pollock, Baer, et al. (2014) afirmam que não há evidência de que um método seja melhor que outro, pelo que, uma combinação de métodos de reabilitação poderá ser o mais favorável e adequado às características da pessoa com AVC.

Para além de intervenções específicas para os membros superiores e inferiores, é essencial que parte da reabilitação se foque no treino das AVD (Miller et al., 2010).

As AVD permitem satisfazer as necessidades e exigências do dia a dia. Começar a readquirir a capacidade para realizar estas atividades constitui o primeiro passo no sentido de adquirir a independência funcional (Kong e Lee, 2014). Neste

sentido, o programa de reabilitação deve incluir diversas oportunidades para treinar as AVD, nomeadamente, no que diz respeito à higiene, ao vestir e despir e alimentação, visto que a sua realização, de forma independente, contribui para a qualidade de vida da pessoa (Hoeman, 2011; Bowen et al., 2016). Miller et al. (2010) enfatizam a importância do treino das AVD, uma vez que a capacidade de as realizar autonomamente é relevante no regresso ao domicílio, onde o apoio é menos estruturado. Referem que o treino das AVD abrange intervenções restaurativas (treino motor do membro superior afetado) e compensatórias (ensino de técnicas utilizando apenas um membro e uso de produtos de apoio). Os mesmos autores destacam a importância da educação da pessoa e família no contexto dos cuidados de enfermagem de reabilitação.

O EEER deve assegurar que os intervenientes conhecem as suas capacidades, os recursos disponíveis e que tenham consciência de que muitas das atividades e estratégias do processo de reabilitação terão de ser continuadas no domicílio. Reforçam, ainda, a importância de apoiar a família neste processo, visto que, são estes os principais cuidadores da pessoa durante todas as etapas da reabilitação (Miller et al., 2010; Vaughn et al., 2016).

Logo, o EEER assume um papel fundamental no cuidado à pessoa com AVC, visto ter competências para “melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida e minimizar o impacto das incapacidades instaladas” (Regulamento n.º 392/2019, p. 13565) através da implementação de programas de reeducação funcional motora e do ensino, demonstração e treino de atividades específicas, por forma a promover o autocuidado e a continuidade de cuidados em diferentes contextos (Regulamento n.º 392/2019).

Concluindo, o AVC constitui-se como um acontecimento súbito, que conduz a défices motores incapacitantes, que se traduzem num défice de autocuidado. Este conceito é orientador do cuidado, pois identifica as razões pelas quais as pessoas necessitam da intervenção de enfermagem de reabilitação. Nesta perspetiva, a Teoria de Enfermagem do Défice do Autocuidado de Dorothea Orem surge como fundamental no processo de tomada de decisão em enfermagem de reabilitação, ao focar-se na promoção da autonomia para o autocuidado.

1.2. Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem

A Teoria do Défice do Autocuidado é uma das Teorias de Enfermagem que melhor enquadra a prática de cuidados dos EEER, sendo a sua aplicação defendida pela Ordem dos Enfermeiros: “Na orientação prática de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, os modelos de autocuidado e das transições revelam-se estruturantes e de excelência para a optimização da qualidade do exercício profissional” (Regulamento n.º 350/2015, p. 16656).

Nesta linha de pensamento, Orem desenvolveu a Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado que relaciona três construções teóricas, nomeadamente, a Teoria do Autocuidado, a Teoria do Défice do Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem. A mesma autora define autocuidado como,

“a human regulatory function that individuals must, with deliberation, perform for themselves or have performed for them (dependent-care) to supply and maintain a supply of materials and conditions to maintain life; to keep physical and psychic functioning and development within norms compatible with conditions essential for life; and for integrity of functioning and development. (Orem, 2001, p. 143)

Este conceito confere um propósito à disciplina de enfermagem, que passa por promover ou restituir o autocuidado e justificar as suas ações através da promoção da autonomia e autodeterminação (Queirós, Vidinha, & Filho, 2014).

Na sua Teoria do Autocuidado, a autora parte do pressuposto de que toda a pessoa tem potencial para se autocuidar por ser dotada de capacidades, conhecimentos e experiências adquiridos ao longo da vida. O autocuidado estabelece-se, assim, como uma função humana reguladora, que deve ser aprendida e realizada conscientemente ao longo do ciclo vital e de acordo com as necessidades individuais (Orem, 2001; Petronilho, 2012).

Nesta teoria, são introduzidos vários conceitos centrais, como ação do autocuidado, relacionada com a capacidade da pessoa em “atender as exigências de continuar a cuidar de si próprio” (Orem, 2001, p. 254), necessidade terapêutica de autocuidado, referente à “quantidade e tipo de autocuidado que as pessoas devem ter” (Orem 2001, p. 222) e requisitos de autocuidado. Estes últimos são comuns a

todos os seres humanos e transversais a todas as etapas do ciclo de vida. Podem ser universais, de desenvolvimento e desvios de saúde (Petronilho, 2012).

A Teoria do Déficit do Autocuidado é um componente essencial da teoria de enfermagem do déficit de autocuidado, visto que expressa e desenvolve o motivo pelo qual as pessoas necessitam de cuidados de enfermagem, reforçando que estes são essenciais quando as capacidades de autocuidado não respondem às necessidades de autocuidado. Estabelece-se, assim, uma relação de déficit entre as capacidades do indivíduo e as suas necessidades, gerando situações de dependência. Neste contexto, a atuação do enfermeiro passa por avaliar as necessidades de autocuidado, adequando a sua intervenção, de forma a minimizar os efeitos dessa incapacidade (Orem, 2001).

Segue-se a Teoria dos Sistemas de Enfermagem que engloba a Teoria do Déficit do Autocuidado e esta, por sua vez, abarca a Teoria do Autocuidado. Esta teoria confere estrutura e conteúdo à prática de enfermagem e assenta na relação entre as propriedades do enfermeiro e da pessoa, de forma a que o primeiro seja capaz de estabelecer estratégias adequadas às necessidades de autocuidado do indivíduo (Orem, 2001).

O sistema de enfermagem procura compreender quais as causas do déficit de autocuidado, determinar as necessidades de autocuidado da pessoa e identificar as suas capacidades para o mesmo. Implica uma definição clara dos papéis a desempenhar pelos intervenientes: ao enfermeiro cabe a responsabilidade de conhecer e ir ao encontro das necessidades terapêuticas de autocuidado, de modo a promover o desenvolvimento físico e psicológico da pessoa e a capacitá-la no desempenho do autocuidado. Já da pessoa alvo de cuidados é expectável que apresente necessidades de autocuidado, de capacitação para o desempenho do mesmo e um déficit na relação entre a capacidade e a necessidade. (Orem, 2001)

Considerando os papéis desempenhados pelo enfermeiro e pessoa, Orem destaca três tipos de sistemas de enfermagem: totalmente compensatório, parcialmente compensatório e sistema de apoio-educação. No primeiro, o enfermeiro deve compensar a total incapacidade da pessoa para desempenhar atividades de autocuidado. Compreende pessoas incapazes de participar em qualquer ação deliberada; pessoas conscientes, capazes de observar, fazer julgamentos e tomar decisões sobre o autocuidado, mas estão impossibilitadas de desempenhar ações de

autocuidado como deambular e movimentos de manipulação; pessoas incapazes de satisfazer as suas necessidades e tomar decisões autonomamente sobre o seu autocuidado, mas com capacidade para deambular e concretizar algumas atividades de autocuidado com orientação e sob supervisão. (Orem, 2001)

No sistema parcialmente compensatório, o enfermeiro compensa as limitações da pessoa, realizando atividades de autocuidado. A distribuição de responsabilidades entre o enfermeiro e a pessoa depende das limitações resultantes da condição da pessoa, do conhecimento e competências científicas e técnicas exigidas e da motivação da pessoa para desempenhar ou aprender atividades específicas. (Orem, 2001)

Por fim, o Sistema de Apoio-Educação aplica-se em situações em que a pessoa tem capacidade para desempenhar ou aprender a desempenhar determinada atividade de autocuidado, mas não o consegue fazer sem apoio ou orientação. É possível recorrer a estratégias de ajuda, tais como, combinações de apoio, orientação, ambiente promotor do desenvolvimento e ensino. (Orem, 2001)

Orem (2001) conclui que os sistemas de enfermagem resultam da relação terapêutica que se estabelece entre o enfermeiro e a pessoa. Ressalva que um ou mais sistemas podem ser aplicados durante o período em que se presta cuidados.

Com efeito, Orem apresenta-nos um método que permite determinar as necessidades de autocuidado, definindo a função da pessoa e do enfermeiro na satisfação das exigências de autocuidado. Desta forma, contribui para a definição de intervenções específicas e adequadas às necessidades a pessoa/família (Tomey & Alligood, 2004).

No contexto da alteração da mobilidade por AVC, a pessoa apresenta um défice na realização do seu autocuidado, sendo fundamental ensinar, estimular e orientar a pessoa e sua família para a autonomia. Desta forma, a Teoria do Déficit do Autocuidado revelou-se essencial na prestação de cuidados de qualidade, ao sustentar diagnósticos através da Teoria do Autocuidado e ao orientar as intervenções de reabilitação através da Teoria dos Sistemas de Enfermagem.

Posto isto, o Modelo Teórico de Dorothea Orem permite “compreender a natureza dos seres humanos, a sua interação com o ambiente e o impacto que essa interação tem na saúde das pessoas, ajuda a planear a prática clínica e a definir quais

as intervenções que melhoram a saúde e o bem-estar das pessoas.” (Queirós, Vidinha, & Filho, 2014, p.163)

2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

O desenvolvimento de competências assenta na constante procura do conhecimento e, conseqüentemente, na adoção de processos de investigação e prática baseada na evidência orientadores da profissão de Enfermagem de Reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

A atribuição do título de enfermeiro especialista implica a aquisição de um conjunto de competências comuns e específicas em determinadas áreas de especialidade de enfermagem (Regulamento n.º 140/2019). Desta forma, assumindo-se a investigação como motor impulsionador no desenvolvimento da Enfermagem de Reabilitação, o seu percurso e programa formativo vão de encontro às competências, conhecimentos e aptidões exigidas pelo grau académico de Mestre e descritas na Portaria n.º 782/2009:

Conhecimentos altamente especializados, alguns dos quais se encontram na vanguarda do conhecimento numa determinada área de estudo ou de trabalho, que sustentam a capacidade de reflexão original e ou investigação (...) Aptidões (...) para a resolução de problemas (...) para desenvolver novos conhecimentos e procedimentos (...) assumir responsabilidades por forma a contribuir para os conhecimentos e práticas profissionais...(p. 4777)

Porém, apesar de o conhecimento em enfermagem se alicerçar na fundamentação científica, o desenvolvimento profissional, baseado na prática clínica, é um meio facilitador na gestão de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, sendo essencial na tomada de decisão dos EEER (Regulamento n.º 350/2015). Como defendido por Benner (2001), “a teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades das que as que se podem apreender pela teoria.” (p. 61).

Posto isto, neste capítulo, pretende-se descrever, analisar e refletir sobre as atividades e objetivos delineados no Projeto de Formação, operacionalizados em contexto de Ensino Clínico, interligando-os com as competências de enfermeiro especialista, comuns e específicas, preconizadas pelas Ordem dos Enfermeiros.

Desta forma, com o intuito de estruturar a referida análise e facilitar a sua compreensão, opta-se por dividir em sub-capítulos: Competências Comuns de Enfermeiro Especialista e Competências Específicas do EEER.

2.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

A Ordem dos Enfermeiros define as competências comuns do Enfermeiro Especialista como

as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745)

São quatro os domínios de Enfermeiro Especialista: domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, domínio da melhoria da qualidade, domínio da gestão dos cuidados e domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019). Neste contexto, foram definidos os seguintes objetivos específicos: demonstrar uma prática de cuidados responsável que assegure a defesa e o respeito pelos direitos humanos, sustentada em princípios, valores e normas deontológicas; colaborar com a equipa de saúde na promoção da melhoria contínua da qualidade dos cuidados; otimizar o processo de cuidados, participando nas tomadas de decisão da equipa multiprofissional e adequando os recursos disponíveis às necessidades de cuidados; criar oportunidades de aprendizagem, em contexto de Ensino Clínico, suportando a sua prática clínica na melhor evidência possível.

A enfermagem desenvolveu o seu conhecimento através da fundamentação científica e da interseção de várias áreas do saber como a ética, a moral e a lei (Ordem dos Enfermeiros, 2015b). O domínio da responsabilidade profissional, ética e legal reporta à tomada de decisão do Enfermeiro Especialista, com base no respeito pelos princípios éticos e deontológicos (Regulamento n.º 140/2019)

A Ética envolve-nos numa reflexão sobre as intervenções do cuidar, o respeito pela vida, dignidade e direitos humanos. Ao mesmo tempo que obriga o enfermeiro a

conhecer-se, a refletir sobre o seu exercício profissional, procurando princípios que o sustentem. Assim, a Ética centra-se na relação que o enfermeiro estabelece com a sua prática de cuidados. Os princípios, os valores e deveres deontológicos são universais e transversais à prática de enfermagem, independentemente do contexto de cuidados (Deodato, 2017).

Neste seguimento, durante o percurso de aprendizagem, esteve presente, em cada ato profissional, a constante procura da excelência do exercício, assegurando o cumprimento do Código Deontológico, descrito no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE (Ordem dos Enfermeiros, 2015b).

Relembro uma situação de cuidados, no início da segunda semana de Ensino Clínico em ECCI. É recebida a referenciação da Sra. J.R. para a ECCI. Neste documento vinha descrito o diagnóstico da utente, o resumo do internamento e situação aquando da alta: “consciente e orientada”, “dependente total na realização das AVD” e “sem potencial de reabilitação”. Numa das primeiras visitas foi explicado à Sra. J.R. que lhe iria colocar algumas questões e mobilizar os seus segmentos corporais, para compreender de que forma o AVC havia afetado a sua componente cognitiva e física. Mediante a avaliação, foi possível diagnosticar as suas necessidades e estabelecer um plano de reabilitação, sustentado em evidência científica recente (Apêndice IV). Na visita seguinte, apresentei e expliquei, detalhadamente, o plano de reabilitação à Sra. J.R e seu cuidador. Solicitei que experimentasse as diferentes atividades terapêuticas e que me informasse se se sentia desconfortável com algumas das intervenções ou se considerava alguma delas impossível de efetuar. Acrescentei que, se concordassem, nas próximas visitas, nos iríamos focar na estimulação da memória, comunicação e força muscular e, posteriormente, na transferência para cadeira de rodas e treino de AVD, tendo a sra. J.R. e cuidador concordado.

Como descrito no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE (Ordem dos Enfermeiros, 2015b), o enfermeiro ajuda ou substitui a competência funcional em que a pessoa esteja total ou parcialmente limitada. Nesta situação, é uma pessoa incapacitada funcionalmente e limitada na realização do seu autocuidado, mas não quanto à sua capacidade de autodeterminação. Assim, procurei, na minha intervenção, o respeito pelas necessidades reais da pessoa, planeando cuidados em parceria com a mesma e seu cuidador, tendo em consideração a vontade

manifestada. Neste contexto, a minha intervenção, sustentando-se no sistema parcialmente compensatório, foi no sentido de “agir no respeito integral pela pessoa e não apenas pela necessidade de cuidados em concreto” (Deodato, 2017, p. 37).

Demonstro, igualmente, o respeito pela liberdade da pessoa ao procurar validar continuamente as intervenções delineadas junto desta e seu cuidador, atendendo aos pedidos de esclarecimento no respeito aos cuidados de enfermagem (Deodato, 2017).

Em suma, considero que ao longo do Ensino Clínico planeei e implementei intervenções que respeitaram a pessoa como uma totalidade única, autónoma e autodeterminada, inserida numa família, contribuindo para a criação de um ambiente propício à maximização das suas capacidades. Procurei, assim, reger a minha atuação com base nos princípios da beneficência, não maleficência e autonomia e por valores como a igualdade, verdade, justiça e liberdade (Ordem dos Enfermeiros, 2015b). Na promoção do processo de tomada de decisão, respeitei os direitos da pessoa/família, suas crenças e valores, ao informar sobre os cuidados de enfermagem. De acrescentar, que a minha prática de cuidados se pautou pelo respeito ao direito de privacidade, confidencialidade e sigilo profissional.

Tendo em conta os pressupostos acima descritos, considero que atingi as competências A1 “Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área da especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” e A2 “Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Regulamento n.º 140/2019).

As competências do domínio da melhoria contínua da qualidade passam por conceber e operacionalizar projetos na área da qualidade, avaliando e revendo as práticas de enfermagem, de forma a implementar programas de melhoria contínua da qualidade com o intuito de proporcionar um ambiente terapêutico e seguro (Regulamento n.º 140/2019).

Neste contexto, integrei o Projeto de Formação em Serviço do Serviço de Reabilitação (Apêndice VII). Procedi à caracterização dos profissionais de enfermagem e diagnóstico das necessidades de formação do serviço, mais especificamente na área de reabilitação, através de um questionário (Apêndice VII). Considerando que uma das temáticas com maior interesse era a reabilitação motora e que o treino de marcha era uma das intervenções mais frequentes no serviço e, ainda, o seu enquadramento na temática do Projeto de Formação, sugeri a realização

de uma sessão de formação sobre a marcha no AVC (Apêndice VIII), que foi prontamente aceite. Barata (2017) afirma que a partilha e troca de conhecimentos promove e rentabiliza o desenvolvimento de competências, privilegiando a melhoria contínua da qualidade.

De sublinhar que, como referido no documento Percurso e Programa Formativo para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2015a), para haver desenvolvimento de conhecimento e competências é imperativo adotar processos de investigação, fundamentais na estruturação da profissão de Enfermagem.

A formação, em contexto de trabalho, dá resposta a necessidades específicas de desenvolvimento de competências, ao mesmo tempo que possibilita a exploração de novas necessidades, valorizando, assim, o saber e motivando os profissionais a fazer mais e melhor (Barata, 2017). Concluindo, a existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros especialistas, suscita o desenvolvimento de competências, contribuindo para a excelência da qualidade dos cuidados (Regulamento n.º 350/2015).

Na UCC, integrei o Projeto de Unidade Domiciliária de Cuidados Paliativos, criado recentemente. Está a ser implementado em conjunto com a equipa de cuidados paliativos intra-hospitalares, do hospital da área de abrangência da referida UCC. Aqui, tive oportunidade de realizar visitas domiciliárias, intervindo, essencialmente, no controlo sintomático e no apoio à família da pessoa em fim de vida. Por outro lado, esta equipa, quando a condição da pessoa começa a deteriorar-se, respeitando a vontade da pessoa/família, comunica com a equipa de cuidados paliativos intra-hospitalar para que esta seja admitida no Serviço de Cuidados Paliativo hospitalares.

Em ambos os locais de estágio, os registos foram efetuados em suporte informático, através da plataforma “SClínico”, com recurso a linguagem CIPE. Porém, contactou-se que, na UCC, o sistema de registo de enfermagem não incorporava diagnósticos e intervenções específicos de enfermagem de reabilitação. Abordei a enfermeira orientadora sobre este facto, tendo-me sido referido que já havia sido sugerida a introdução dos mesmos no sistema. Neste contexto, com o intuito de sistematizar toda a avaliação, intervenções e resultados específicos de enfermagem de reabilitação, propus a elaboração de um documento orientador (Apêndice V). Como defendido por Pestana (2017a), a realização de registos rigorosos e completos sobre

as intervenções de enfermagem de reabilitação, sustentam a tomada de decisão, dão visibilidade aos contributos dos cuidados de enfermagem, espelhando os ganhos em saúde, e permitem a continuidade de cuidados com qualidade e segurança. São essenciais no processo de comunicação e no desempenho da equipa multidisciplinar.

Garantir a segurança do ambiente físico é uma das competências profissionais inerentes à prática da enfermagem. Todavia, o EEER é o profissional que detém conhecimentos específicos que possibilitam a avaliação das condições de segurança da habitação, o ensino sobre a utilização correta dos diversos produtos de apoio, do uso de calçado e vestuário apropriado ao treino de marcha. Este foi um aspeto tido em consideração ao longo de todo o Ensino Clínico aquando da elaboração e implementação de planos de cuidados.

Recordo uma situação que aconteceu durante o Ensino Clínico em ECCI: a Sra. A. M. havia sido referenciada para ECCI para iniciar programa de reabilitação no domicílio, tendo como diagnóstico AVC isquémico da ACM esquerda. Na primeira visita, quando tocámos à campainha, a utente demorou alguns minutos a chegar à porta. Constatámos que se deslocava com um andador, sem rodas, por um corredor, com cerca de três metros de comprimento e um de largura, com múltiplos tapetes e um móvel. Estes objetos, para além de condicionarem a sua deslocação, aumentavam, igualmente, o risco de queda. Após a avaliação inicial, questionei a Sra. A.M. sobre os tapetes e móvel da entrada e se considerava que estes lhe causavam constrangimentos na sua deslocação. Referiu que “já cá estão há muito tempo, nem me lembrei de os tirar” (SIC). Perguntei se poderia colocá-los em locais onde circulasse com menor frequência, de forma a deambular mais facilmente e de forma segura. A utente assentiu e, posteriormente, solicitei que deambulasse até à porta e me dissesse se se sentia confortável com a adaptação que fora efetuada. A Sra. A.M. rapidamente referiu “já não enrolo os pés e o andador nos tapetes, nem preciso de me desviar do móvel” (SIC). De acrescentar que, nas visitas seguintes, a Sra. A.M. manteve as adaptações sugeridas, referindo maior segurança na marcha.

Outro aspeto relevante foi o ensino sobre a utilização do correto do andador, recorrendo ao sistema apoio-educação (a pessoa deve movimentar o andador para a frente, colocando os quatro pontos de apoio no chão, antes de dar o passo. Posteriormente, o peso do corpo deve ser transferido para os membros superiores,

apoando-se no andarilho ao dar o passo), prevista no Regulamento n.º 350/2015, tendo em vista a maximização da capacidade funcional da pessoa.

Saliento que a preocupação com princípios da ergonomia esteve presente durante o períodos de Ensino Clínico com o intuito de minimizar os efeitos da carga física dos profissionais, pessoa e cuidadores, bem como, para prevenir lesões musculoesqueléticas (Ordem dos Enfermeiros, 2013; Regulamento n.º 140/2019).

Posto isto, o EEER é decisivo na conceção de planos e programas de gestão de risco da pessoa em processo de reabilitação, devendo avaliar sistematicamente as estratégias de reabilitação adotadas e o efeito dos cuidados prestados. É responsável pela orientação e educação da pessoa, família e cuidador para o desenvolvimento das atividades de autocuidado. Efetivamente, a intervenção do EEER baseia-se no sistema de apoio-educação (Ordem dos Enfermeiros, 2013; Regulamento n.º 350/2015, Pontes e Santos, 2017).

Em suma, considero que as atividades realizadas permitiram o desenvolvimento de competências comuns de enfermeiro especialista nos domínios B1 “Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”, B2 “Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” e B3 “Garante um ambiente terapêutico e seguro”. Foram desenvolvidas, igualmente, competências relacionadas com a “preocupação pela qualidade” inerente ao 2º ciclo de estudos.

Nas competências do domínio da gestão de cuidados, o enfermeiro especialista colabora e intervém no processo de tomada de decisão da equipa multidisciplinar, contribuindo com os seus conhecimentos e competências para a melhoria do processo de cuidados. Assume-se como um líder na equipa, atuando como elemento unificador na prestação de cuidados, gerindo os recursos humanos e materiais e supervisionando tarefas delegadas. É o pilar estruturante do planeamento, conceção, implementação e gestão de programas de reabilitação personalizados, assegurando a continuidade e qualidade dos cuidados e reconhecendo quando deve referenciar para outros profissionais de saúde (Pestana, 2017b, Regulamento n.º 140/2019).

Nesta linha de pensamento, surge-nos o processo de enfermagem como um método sistemático de organizar o pensamento para a tomada de decisão e para a resolução de problemas (Silva, 2006). Pestana (2017a) vai mais longe, ao afirmar que “O processo de enfermagem é a evidência da tomada de decisão do enfermeiro...” (p.

81). Já os modelos conceituais, são uma referência que estrutura e garante a segurança e qualidade na tomada de decisão do EEER. Neste contexto e, sendo a dependência no autocuidado o foco central no processo de cuidados dos EEER, a Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado revela-se imprescindível no desenvolvimento do processo de enfermagem de reabilitação (Regulamento n.º 350/2015).

O processo de enfermagem começa com uma avaliação inicial, elaboração de diagnósticos e, posteriormente, conceção e implementação de intervenções com vista a prevenção de complicações e à gestão da situação vivenciada (Pestana, 2017a).

A avaliação inicial implica uma rigorosa, detalhada e sistemática recolha de dados, pelo que senti necessidade de selecionar escalas e índices fiáveis e sensíveis, que traduzissem alterações clínicas significativas. Segundo Botelho (2005), a utilização de escalas possibilita a uniformização de conceitos, a identificação de fatores de dependência (morbilidade física, mental ou o isolamento social) e a implementação de intervenções que promovam a autonomia. Hoeman (2011) reitera que os instrumentos de avaliação devem ser práticos e simples de aplicar, de forma a objetivar e a melhorar a descrição da condição de saúde da pessoa.

Gocan & Fisher (2008) reforçam que a utilização de escalas validadas para a avaliação neurológica, foi identificada como um elemento crucial no cuidado do AVC uma vez que permite o planeamento das intervenções específicas de reabilitação e a medição de resultados após a realização das intervenções, permitindo a monitorização dos ganhos em saúde (Pestana, 2017a).

A elaboração dos diagnósticos de enfermagem corresponde ao julgamento clínico acerca das respostas da pessoa, família e comunidade aos constrangimentos vivenciados. Para cada diagnóstico são elaboradas intervenções, sendo estas parte do processo de decisão clínica do enfermeiro especialista (Pestana, 2017a).

Nesta perspetiva, a evidência de tomada de decisão no âmbito da enfermagem de reabilitação está vincada nos estudos de caso elaborados durante o Ensino Clínico (Apêndice IV e VI).

Este domínio de gestão de cuidados esteve também presente numa situação de uma utente à qual nos deslocámos para administrar a vacina da gripe. Esta utente tinha regressado ao domicílio há cerca de duas semanas, após um internamento por AVC isquémico. Aproveitei a situação para questionar a pessoa sobre a sua situação.

Apurei que era previamente autónoma, realizava trabalhos de costura, para além das suas lides domésticas. Atualmente, deambulava com andarilho com alguma dificuldade, condicionada por uma parésia no hemicorpo direito, de predomínio braquial. Estava dependente do marido, também ele com limitações na mobilidade, e de uma filha, que a visitava ao final do dia, para a realização das suas atividades de vida diárias. Aguardava consulta de Medicina Física e Reabilitação para iniciar fisioterapia no domicílio.

No final da visita, questionei a enfermeira orientadora sobre a possibilidade de referenciar a utente para uma Unidade de Convalescença e, durante o período de espera de vaga, dar início ao programa de enfermagem de reabilitação pela ECCL, isto porque, de acordo com a Direcção Geral da Saúde (2011a), a reabilitação deve ser iniciada o mais precocemente possível, para além de que a utente cumpria os critérios para ingressar num programa de reabilitação, nomeadamente, a estabilidade clínica, existência de défices funcionais, capacidade de apreender e memorizar programas de reabilitação, motivação e capacidade para tolerar o programa de reabilitação (Direcção Geral da Saúde, 2011a).

De acrescentar que as Unidades de Convalescença admitem pessoas dependentes, com perda de autonomia potencialmente recuperável, sem necessidade de internamento hospitalar, mas que requerem intervenções intensivas, como a reabilitação (Cuidados Continuados - Saúde e Apoio Social, 2006).

Posto isto, contactámos a utente para marcar nova visita para a informarmos sobre as várias possibilidades e saber se estaria interessada em ser referenciada. Na visita seguinte, após informação detalhada, a utente, acompanhada da sua filha, consentiu em ser referenciada para Unidade de Convalescença, mas manter programa de reabilitação pela ECCL enquanto aguardava vaga. Na chegada à UCC, procedi à referenciação no sistema informático, foi informada a Assistente Social e Médica de Família.

Em suma, no âmbito dos cuidados da comunidade, a experiência na ECCL, contribuiu para uma visão da intervenção do EEER ao nível da gestão dos cuidados, ao permitir emitir julgamentos clínicos, colaborar em decisões clínicas e referenciar para outros profissionais/instituições. No geral, foi possível implementar programas de reabilitação atendendo aos recursos disponíveis, tendo sempre presente a metodologia adotada pela equipa onde me encontrava integrada.

Como tal, as atividades descritas contribuíram para o desenvolvimento das competências comuns de enfermeiro especialista nos domínios C1 “Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde” e C2 “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (Regulamento n.º 140/2019). No âmbito da aquisição de competências inerentes ao grau mestre, foi possível desenvolver a “habilidade para resolver problemas”, a “capacidade para aplicar conhecimentos” e de “adaptar-se a situações novas”.

O domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais implica o conhecimento de si, essencial na prática de enfermagem, bem como, de aspetos que possam interferir na relação terapêutica e multidisciplinar. Exige a mobilização de conceitos teóricos e conhecimentos científicos centrais no processo de aprendizagem (Regulamento n.º 140/2019).

Para efetivar este meu percurso de novas aprendizagens e desenvolvimento de competências, em muito contribuiu a realização de estudos de caso (Apêndices IV e VI) e a sessão de formação sobre marcha no AVC (Apêndice VIII) possibilitando o reconhecimento de prioridades e estratégias para a prestação de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação. O recurso à pesquisa bibliográfica e evidência científica foi uma constante, o que me permitiu rever, desenvolver e aprofundar conhecimentos.

Saliento, igualmente, que a mudança de contexto clínico de exercícios de função constitui, por si só, um momento de riqueza para o desenvolvimento de competências (Barata, 2017). Exemplo disso, foi a mudança do contexto de prestação de cuidados de enfermagem em contexto domiciliário para um contexto de internamento hospitalar. Apesar de as competências de especialização serem igualmente adquiridas, estas exigem abordagens diferentes, obrigando o enfermeiro a rever/desenvolver outros conhecimentos.

Ressalvo as oportunidades de partilha de informação e conhecimento formal e informal com os enfermeiros orientadores e docente orientador, onde houve espaço para analisar e refletir sobre os diversos contextos de cuidados existentes ao longo dos Ensinos Clínicos e que me incentivaram, constantemente, a procurar novos conhecimentos. Estes momentos revelaram-se fundamentais na otimização e gestão do processo de cuidados e na tomada de decisão.

Termino citando Barata (2017): a especialização pode ser alcançada através da experiência, e é esta e o domínio dos conhecimentos que contribuem para o desenvolvimento da competência.

Desta forma, foram desenvolvidas as competências comuns de enfermeiro especialista nos domínios D1 “Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade” e D2 “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (Regulamento n.º 140/2019). No âmbito da aquisição de competências inerentes ao grau mestre, foi possível desenvolver a “capacidade de aprender”, a “capacidade para trabalhar a informação”, a “capacidade de trabalhar autonomamente e em grupo” e a “adaptação a novas situações”.

2.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

A reabilitação, tal como definida no preâmbulo do Regulamento das Competências Específicas do EEER, “compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência” (Regulamento n.º 392/2019, p. 13565). Sustenta-se num processo sistematizado, que envolve um conjunto de etapas e intervenientes, objetivando “melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a auto estima” (Regulamento n.º 392/2019, p. 13565).

O EEER é concetualizado como aquele que “concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas...” (Regulamento n.º 392/2019, p. 13565). É, ainda, o profissional de saúde que detém um nível elevado de conhecimento e experiência, fundamentais na tomada de decisão relativamente “à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa.” (Regulamento n.º 392/2019, p. 13565).

As competências específicas de EEER assentam numa perspetiva do cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, sendo transversal a todos os contextos da prática de cuidados. Visam a capacitação da pessoa com

deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania, culminando na maximização da funcionalidade e das capacidades da pessoa (Regulamento n.º 392/2019).

Neste âmbito, foram delineados os seguintes objetivos específicos (Apêndice II): desenvolver um corpo de conhecimentos teórico-práticos específicos da intervenção do EEER no âmbito da reeducação motora, sensorial, cognitiva e cardiorrespiratória; avaliar a funcionalidade motora da pessoa e diagnosticar as limitações motoras e de realização das AVD; conceber e implementar planos de intervenção com vista à promoção das capacidades adaptativas para o desempenho do autocuidado; elaborar e implementar programas de treino de AVD, visando a adaptação às limitações da mobilidade; organizar programas de treino motor em função dos objetivos individuais da pessoa vítima de AVC; orientar a pessoa para a eliminação das barreiras que limitem a sua atividade e participação social; avaliar resultados as intervenções planeadas.

No âmbito do cuidar de pessoa ao longo do ciclo de vida e em contexto de UCC, tive oportunidade de observar a intervenção do EEER durante o período de pós-parto e a sua estreita cooperação com o enfermeiro especialista em enfermagem em saúde materna e obstétrica. Efetivamente, o enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia realiza, durante o período de gravidez, sessões de preparação para o parto, pós-parto e para a maternidade/paternidade, com vista a minimizar o desconforto durante a gravidez e evitar complicações após o parto (Carteiro, Godinho & Rodrigues, 2017). As utentes que frequentavam estas sessões, mantinham acompanhamento pelo enfermeiro especialista em enfermagem em saúde materna e obstétrica, que as avaliava e referenciava para o EEER para sessões de reabilitação após o parto.

Enquanto estudante da especialidade de reabilitação, pude implementar técnicas de relaxamento e de correção postural e programas de fortalecimento e tonificação da musculatura dos membros superiores e peitorais, da musculatura pélvica, abdominal e costas, terminando com alongamentos. As utentes eram, igualmente, incentivadas a realizar exercício aeróbio de baixa intensidade, como caminhadas de 20-30 minutos por dia, ou quase todos os dias (The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2015).

Ressalvo que, estas sessões eram, frequentemente, um espaço onde as utentes expressavam e partilhavam as suas dificuldades, ansiedades e dúvidas. Aqui, a minha intervenção passava por desmistificar crenças e preconceitos.

Na ótica da Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado (Orem, 2001), os requisitos de autocuidado universais mais afetados foram: manutenção do equilíbrio entre atividade e o descanso, manutenção do equilíbrio entre solidão e a interação social e prevenção de perigos à vida humana, funcionamento e bem-estar do ser humano, promoção do funcionamento e do desenvolvimento do ser humano dentro dos grupos sociais.

Neste sentido, os planos de cuidados desenvolvidos, basearam-se nos requisitos de autocuidado universais afetados, sendo a atuação do enfermeiro orientada pelo sistema de apoio e ensino.

Ainda em UCC, o EEER integrava a equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos. A reabilitação em Cuidados Paliativos era um projeto recente, que se encontrava a ser implementado em conjunto com a equipa hospitalar de suporte em cuidados paliativos do hospital da área de abrangência da referida UCC. Aqui, o EEER realizava visitas domiciliárias, intervindo, essencialmente, no controlo sintomático e no apoio à família da pessoa em fim de vida. Quando a condição da pessoa começava a deteriorar-se ou a pedido da pessoa/família, o EEER referenciava a pessoa para a equipa hospitalar de suporte em cuidados paliativos, para coordenar possível internamento em Unidade de Cuidados Paliativos.

Os Cuidados Paliativos são uma filosofia de cuidados e um sistema de prestação de cuidados que procuram melhorar a qualidade de vida das pessoas e suas famílias, que estão a vivenciar situações de doença incurável e/ou grave e com prognóstico reservado. Recorre à identificação precoce e tratamento dos problemas físicos, psicossociais e espirituais visando o controlo da dor e outros sintomas, problemas sociais, psicológicos e espirituais. São cuidados que assumem a morte como um processo natural (Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, 2016). Envolvem uma “comunicação adequada, coordenação, controlo sintomático, continuidade, formação contínua, apoio aos cuidadores, cuidados específicos na fase da agonia, suporte e apoio emocional, suporte espiritual e religioso e apoio no luto” (Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, 2016, p. 6).

Neste contexto, desenvolvi a minha intervenção num utente com derrame pleural à esquerda, de origem neoplásica, já em fase terminal. Este utente encontrava-se no domicílio há cerca de 2 semanas, sendo acompanhado pela equipa hospitalar de suporte em cuidados paliativos. De referir os seus múltiplos internamentos para drenagem torácica.

Contudo, por agravamento do seu estado geral, a referida equipa foi contactada pela cuidadora, tendo sido referenciado para o EEER. Na visita domiciliária, a esposa do utente, sua cuidadora, mostrou-se muito ansiosa perante a situação, falando depressa e colocando diversas questões em simultâneo. Considerando a situação descrita, procurei esclarecer a cuidadora sobre que estava a acontecer, pois, provavelmente, a sintomatologia do seu familiar estaria relacionada com o seu diagnóstico de base. Continuei, explicando as intervenções que iria realizar e quais os seus objetivos, acrescentando que, no final, responderia às suas questões.

Numa primeira observação, constatei que o utente estava muito sonolento, com abertura do olhar a estímulos verbais, não comunicando verbalmente, mas sem fácies de dor. Relativamente à função respiratória, objetivou-se a ausência de tosse, expetoração, cianose e edemas periféricos, sem aparentes alterações da simetria torácica e traqueia. Porém, o utente estava taquipneico e com expansibilidade torácica diminuída. Não foi possível apurar a intensidade da dispneia. À auscultação, com o utente em decúbito lateral direito e cabeceira a 30º, objetivou-se a presença de atritos pleurais à esquerda, característicos do seu diagnóstico. Não foi possível avaliar oximetrias periféricas, pela inexistência do aparelho. O utente estava numa cama articulada, no mesmo quarto onde dormia a sua esposa, sua cuidadora. Tinha colchão para prevenir úlceras de pressão e almofadas de posicionamento.

Comecei por posicionar o utente em decúbito lateral esquerdo de forma a proporcionar uma boa expansão torácica, promovendo uma ventilação adequada. De notar que, o posicionamento das pessoas em final de vida não se rege pelos princípios da postura correta, posicionamento em padrão antispástico ou, neste caso, da terapêutica de posição. O objetivo desta intervenção passa por privilegiar o conforto e diminuir ou suprimir a dor sem descurar a prevenção de úlceras de pressão, a promoção de ventilação adequada, bem como, um posicionamento que facilite a alimentação, eliminação e a vida relacional (Santos & Pêla, 2017). Após esta

intervenção foi notória o alívio da sintomatologia de dispneia: diminuição do ritmo respiratório, aumento da expansão torácica e aparente diminuição da dispneia.

A intervenção do EEER passa, igualmente, por capacitar a pessoa e família, de forma contínua e compreensível, com toda a informação necessária, para que possam compreender a condição clínica e tratamento. Implica, também, a preparação para o processo de morrer e morte, esclarecendo sobre as opções de locais para a prestação de cuidados nesta fase (Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, 2016). Assim, num ambiente calmo, alertei a cuidadora para os sinais e sintomas que poderiam surgir, solicitei a abertura das janelas do quarto, expliquei os posicionamentos de conforto e massagem terapêutica. Indaguei sobre a alimentação do utente, ao que a cuidadora responde que “ainda lhe consigo dar de comer. Só lhe dou o que ele gosta e quando ele quer” (SIC). Perante a lista de terapêutica, questionei se tinha alguma dúvida, referiu que não, uma vez que já havia sido esclarecida no internamento hospitalar. Por fim, a EEER orientadora reforçou que, se necessário, deveria contactar a equipa hospitalar de suporte em cuidados paliativos, visto que a UCC estava sem telefone, e que voltaríamos no dia seguinte.

No final da visita, contactou-se a equipa hospitalar de suporte em cuidados paliativos, comunicando toda a situação numa ótica de “assegurar a coordenação e continuidade entre os diversos locais e estruturas de cuidados” (Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, 2016, p. 7).

Posto isto, os requisitos universais do autocuidado alterados são manutenção de uma quantidade de ar suficiente e prevenção de perigos à vida humana, ao funcionamento e bem-estar do ser humano, pelo que a minha intervenção se baseou num sistema totalmente compensatório e sistema de apoio/educação.

Ainda no domínio do cuidar de pessoas que estão limitadas na execução das suas atividades, é esperado que o EEER identifique as necessidades de intervenção especializada, socorrendo-se de uma avaliação da funcionalidade. De acordo com a definição preconizada pela CIF (Direcção Geral de Saúde, 2004), a funcionalidade é um termo genérico para as funções e estruturas do corpo, atividades e participação, valorizando os aspetos positivos da interação entre a pessoa, sua condição de saúde e contexto.

A avaliação da funcionalidade possibilita a determinação do grau de capacidade da pessoa para o autocuidado, pressuposto defendido na Teoria do

Autocuidado de Orem (2001). Nesta, a pessoa é *agente do autocuidado*, quando a capacidade de autocuidado se encontra preservada, ou *agente dependente de cuidados*, quando se constata um défice nesta capacidade e é necessário que os cuidados sejam prestados por terceiros. Se os cuidados prestados são da responsabilidade do profissional de enfermagem, este é denominado de *agente de autocuidado terapêutico* (Orem, 2001).

Assim sendo, considerei pertinente organizar a colheita de dados segundo os parâmetros cognitivo, respiratório, sensorial, motor, alimentação, eliminação, recorrendo a um conjunto de instrumentos de avaliação (Santos, 2017). Neste âmbito, procedi a uma recolha de dados junto da pessoa e seus cuidadores/familiares, consultei o processo clínico, exames complementares de diagnóstico e diários clínicos.

De acordo com Salter, Campbell, Richardson & Mehta (2013), a investigação sobre o AVC desencadeou o desenvolvimento de inúmeros instrumentos de avaliação, que podem ser utilizados em uma ou mais dimensões. Neste contexto, avaliação inicial constituiu-se como um desafio, principalmente na seleção de escalas sensíveis, fiáveis e validadas para o AVC.

Posto isto, os instrumentos de avaliação frequentemente utilizados foram: Escala de Borg Modificada, para avaliação da perceção subjetiva do esforço, o MMSE e a MoCA, para avaliação de défices neurológicos, a NIHSS, para avaliação somatossensorial da gravidade do AVC, Escala de Ashworth, fundamental para avaliação do tónus muscular, Medical Research Council, para avaliação da força muscular, Escala de Berg, para avaliação do equilíbrio, Timed Up and Go Test, para avaliação do risco de quedas, em contexto hospitalar e comunitário, Escala de GUSS, para avaliação da deglutição, Índice de Barthel e MIF, para avaliar a dependência para a realização das AVD e funcionalidade (Apêndice IX). De ressaltar que as escalas selecionadas estão identificadas, no documento *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação* (Ordem dos Enfermeiros, 2016), com o intuito de uniformizar a documentação dos cuidados especializados de reabilitação

Em ambos os contextos de Ensino Clínico, é preconizado o preenchimento de outras escalas, que se contextualizam nos padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem, nomeadamente a Escala Numérica da Dor (Direcção Geral de Saúde,

2003), Escala de Braden, para avaliação do risco de úlcera de pressão (Direcção Geral de Saúde, 2011b) e a Escala de Morse (Ferreira, 2014), para avaliação do risco de queda em ambiente hospitalar, pelo que estas foram também incluídas na avaliação inicial.

O recurso a instrumentos de avaliação deve ser sistemático, de forma a sustentar os diagnósticos de enfermagem e permitir conceção de intervenções específicas, centradas na pessoa/família, possibilitando a otimização e reeducação funcional (Santos, 2017; Regulamento n.º 392/2019). Por outro lado, os instrumentos de avaliação fornecem-nos dados sobre os ganhos em saúde obtidos, refletindo os resultados das intervenções do EEER e permitindo a adequação das mesmas.

No âmbito da temática do projeto e, após a avaliação da funcionalidade, os cuidados de reabilitação centraram-se no planeamento e implementação de programas de reeducação funcional respiratória, reeducação funcional sensoriomotora e cognitiva e promoção do autocuidado através do treino de AVD.

Relativamente à reeducação funcional respiratória, as oportunidades de desenvolvimento de competências foram muito limitadas, comparando com a reeducação funcional cognitiva, sensorial e motora. No decorrer dos Ensinos Clínicos, tive apenas contacto com uma utente, no Serviço de Reabilitação, transferida do Serviço de Neurocirurgia por laminectomia total de C4 e C5 e parcial de C3 e C6 (via posterior). Após cirurgia e TAC coluna, a descompressão revelou-se eficaz. Todavia, a utente apresentava tetraparésia (força de grau 3 no hemicorpo direito e grau 4 no hemicorpo esquerdo, segundo a Escala Medical Research Council), predominantemente, no hemicorpo direito, comprometendo a marcha e a realização autónoma das AVD. De antecedentes pessoais relevantes referia DPOC.

Na passagem de turno, é transmitida a informação de que, durante o fim de semana, a utente referia maior cansaço na realização das AVD, dificuldade respiratória e acessos de tosse produtiva, conseguindo expelir secreções em moderada quantidade, espessas e amareladas. Acrescentaram a necessidade de administrar oxigénio, por diminuição de saturações periféricas. Mediante este quadro, solicitaram a minha intervenção junto desta utente. A utente não tinha resultados de Raio-X ou gasimetria arterial.

Comecei por observar a presença de tosse e expetoração, taquipneia, respiração torácica e amplitude respiratória reduzida. A utente referiu aumento da

dispneia (nível 5 – intensa - na escala de Borg Modificada – Avaliação da dispneia) na realização de esforços, principalmente, nas transferências para a cadeira de rodas e na sua deslocação autónoma com a mesma. Procedi à avaliação dos parâmetros vitais, constatando uma oximetria periférica de 86% (tendo em conta o antecedente de DPOC, a saturação alvo para esta utente seria entre 88-92%), e, seguidamente à auscultação pulmonar, com a utente sentada, objetivando-se a presença de ruídos adventícios (fervores), mais audíveis na base do pulmão esquerdo. Seguidamente, expliquei à utente quais as intervenções que iria realizar, pedindo a sua colaboração. Solicitei que me indicasse se se sentisse desconfortável, mais cansada ou se tivesse dor.

Neste sentido, as intervenções delineadas tinham como objetivo principal a limpeza das vias aéreas, potenciando a desobstrução das mesmas, ajudando a eliminar secreções e a melhorar a função pulmonar (Gomes & Ferreira, 2017). Deste modo, a utente procedeu a um conjunto de técnicas de controlo da respiração (controlo e dissociação dos tempos respiratórios e respiração diafragmática), seguida de exercícios de expansão torácica (exercícios de reeducação costal seletiva e global com bastão) e técnica de expiração forçada, combinada com duas expirações forçadas (*huffs*) e períodos de controlo da respiração (Lewis, Williams & Olds, 2012; Gomes & Ferreira, 2017).

Este conjunto de técnicas, também denominado de ciclo ativo da respiração, tem demonstrado resultados em pessoas com doença pulmonar, nomeadamente, bronquiectasias, fibrose quística e DPOC. A expiração forçada promove o movimento de secreções, através das alterações das pressões intratorácicas, o controlo da respiração previne o broncospasmo e dessaturação, promovendo a libertação de secreções e melhorando a ventilação colateral (Lewis et al., 2012; Mckoy, Wilson, Saldanha, Odelola, & Robinson, 2016).

Outras técnicas de limpeza das vias aéreas foram aplicadas como a tosse assistida e manobras acessórias (Gomes & Ferreira, 2017).

De um modo geral, a utente colaborou dentro das suas possibilidades e tolerância, objetivando-se resultados imediatos no aumento das saturações de oxigénio em 2% e na auscultação. Posteriormente, comuniquei ao médico assistente a minha avaliação, intervenção e resultados, sugerindo a prescrição de um mucolítico previamente à realização da reeducação funcional respiratória, por forma a facilitar a

libertação das secreções. No dia seguinte, a utente havia sido transferida para o Serviço de Medicina Interna.

Assim, os requisitos universais do autocuidado alterados são manutenção de uma quantidade suficiente de ar, manutenção do equilíbrio entre atividade e o repouso e manutenção do equilíbrio entre solidão e interação social. Desta forma, a minha intervenção baseou-se num sistema parcialmente compensatório e sistema de apoio/educação.

Na reeducação da função cognitiva, sensorial e motora, a avaliação neurológica englobou a avaliação do estado mental (estado de consciência, orientação, atenção/concentração, memória, linguagem, estado emocional, capacidades práticas e negligência hemiespacial unilateral), pares cranianos, sensibilidade, força e tônus muscular, coordenação motora, equilíbrio e marcha. No seguimento desta avaliação, os requisitos de autocuidados mais frequentemente comprometidos foram: *manutenção do equilíbrio entre atividade e o repouso, manutenção do equilíbrio entre solidão e interação social e prevenção de perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem-estar do ser humano*. Por conseguinte, os planos implementados basearam-se no sistema parcialmente compensatório e no sistema de apoio e ensino (Orem, 2001).

A reeducação da função cognitiva deve ser repetitiva e sistemática, para maximizar as capacidades cognitivas, visando o bem-estar psicológico, a manutenção e o aumento da funcionalidade e a integração sociofamiliar (Varanda & Rodrigues, 2017).

Neste ponto, relembro a situação de uma utente, vítima de AVC isquémico bulbar. Após avaliação neurológica, recorrendo aos instrumentos de avaliação MMSE (score de 14 – défice cognitivo) são constatadas alterações ao nível da orientação, atenção e evocação, definindo-se como diagnóstico memória prejudicada (Apêndice IV).

O programa de reabilitação desta utente passou por orientá-la para a realidade no tempo e no espaço, questionando sobre dia, mês e anos atuais e última refeição, fornecendo uma sequência de números/palavras e pedir para os repetir imediatamente e algum tempo após terem sido ditos, recorrendo a objetos familiares (de uso habitual e fotografias da família), chamando a pessoa pelo nome,

encorajando-a a manter o foco na atividade que estava a realizar e comunicar com a pessoa de forma clara, recorrendo a frases curtas e objetivas.

Durante este processo, promoveu-se um ambiente calmo, com o mínimo de ruídos e distrações, procurando favorecer os estímulos sensoriais positivos (Varanda & Rodrigues, 2017). Do mesmo modo, o envolvimento do cuidador foi fundamental, tendo sido realizado um guia de exercícios para orientar o seu cuidado (Apêndice IV).

Após as intervenções de reeducação cognitiva constatou-se uma melhoria ao nível da orientação, atenção e evocação, visível no resultado obtido através do MMSE (score 19). Ao fim de algumas semanas, conseguiu responder corretamente ao dia da semana, mês e estação do ano, bem como identificar familiares nas fotografias fornecidas e fazer referência à sua última refeição. Por outro lado, observou-se que não solicitava, com tanta frequência, a ajuda do marido e que este aguardava a resposta, quando esta era mais demorada.

Num outro contexto, uma utente com afasia de Broca, que “perdeu a capacidade de traduzir o seu pensamento em palavras...” (Varanda & Rodrigues, 2017, p. 222), conseguindo, apenas exprimir alguns monossílabos (*pá*, *na* e *ma*). O programa de enfermagem de reabilitação incluiu medidas gerais, como a gestão do ambiente físico, diminuição de focos de distração, disponibilidade para ouvir e alternativas de expressão como a música (a utente apreciava ouvir e cantar fado); estratégias facilitadoras da comunicação, como a utilização de sistemas alternativos de comunicação, como a elaboração de um documento (Apêndice IX) com imagens de objetos, atividades de vida diárias e alguns exercícios de comunicação. Este permitia que a utente apontasse para o objeto que precisava ou atividade que pretendia realizar, contribuindo para a diminuição da ansiedade e frustração. Procurei incentivar a pessoa a concentrar-se na formação das palavras, dando-lhe tempo para se expressar, não interrompendo. Os exercícios de comunicação elaborados incluíam nomear os objetos apontados, completar frases, associação de palavras, descrição de situações, exercícios de leitura, cálculo e escrita (Varanda & Rodrigues, 2017). De acrescentar que a utente realizava terapia da fala 2 vezes por dia, durante cerca de 30 minutos.

No final de uma semana, a utente mostrou-se capaz de nomear alguns objetos mais significativos (roupa, comida e algum mobiliário).

Outra experiência vivenciada incluiu a intervenção a uma utente com AVC isquémico no território de distribuição vascular da ACM direita, do qual resultou, entre outros défices, a anosognosia e *neglect* unilateral esquerdo.

O *neglect* unilateral é um défice de atenção, descrito como a incapacidade de resposta a estímulos sensoriais e visuais do lado oposto da lesão. Tem um impacto negativo na recuperação da funcionalidade e na performance das AVD, pelo que a sua deteção precoce é de extrema importância (Vanbellingen et al., 2017; Liu, Hanly, Fahey, Fong & Bye, 2018)

As intervenções desenvolvidas consistiam, inicialmente, por abordar a pessoa pelo lado direito e, numa fase posterior e gradual, pelo lado esquerdo, promovendo a estimulação deste hemicorpo. Durante a realização do programa de reabilitação, incentivei a nomeação dos segmentos corporais do hemicorpo afetado, principalmente, enquanto realiza as mobilizações ativas, enquanto observava o movimento. Promovi, também, a adequação da disposição do mobiliário no quarto, de forma a incentivar a utente a olhar para o lado afetado (Bowen et al., 2016).

No que diz respeito à anosognosia, esta define-se como um défice neurológico em que a pessoa não reconhece a presença de défices motores, visuais ou cognitivos. A deteção deste défice é de grande relevância clínica, uma vez que a colaboração na reabilitação fica comprometida, pelo não reconhecimento dos défices (Jehkonen, Laihosalo, & Kettunen, 2006). Assim, procedi à realização de ensinamentos aos familiares, relativamente às alterações de perceção e julgamento em relação aos seus défices. Por outro lado, procurei confrontar a utente com os seus défices motores, pedindo-lhe que desenhasse um cubo, com o membro superior afetado ou realizasse AVD autonomamente, sem qualquer orientação ou ajuda física. Quando não conseguia realizar determinada tarefa, pedia que referisse o motivo da dificuldade.

Saliento que esta era uma área, para mim, desconhecida, pelo que senti necessidade de recorrer à pesquisa bibliográfica para desenvolver conhecimentos sobre este défice, anosognosia, assim como sobre as intervenções mais adequadas. Neste sentido, foi realizado um trabalho, que se encontra no Apêndice X.

Relativamente à reeducação funcional sensoriomotora, recordo um utente, com diagnóstico de AVC hemorrágico capsular esquerdo, com alteração da mobilidade evidenciada pelos seguintes instrumentos de avaliação: Medical Research Council e Escala de Berg (Apêndice VI).

A reeducação funcional sensoriomotora é essencial na “reprogramação das atividades cinéticas e posturais do aparelho locomotor” (Coelho, Barros & Sousa, 2017). Com este objetivo em mente, o programa de reabilitação elaborado contemplava intervenções para o membro superior e inferior. No membro superior direito, foram realizadas mobilizações ativas resistidas (1 sessão de 10 repetições); exercícios de treino da motricidade fina, recorrendo, frequentemente, a técnicas como de terapia de espelho, treino de movimento bilateral, terapia de movimento induzido pela restrição e imagem motora (1 vez dia, 20 minutos). No membro inferior, o utente foi incentivado a realizar mobilizações ativas resistidas (1 sessão de 10 repetições). Procedeu-se à execução de exercícios de equilíbrio estático em pé, como a flexão lateral e anterior do tronco; abdução, adução, flexão e extensão da coxofemoral; dorsiflexão e extensão do pé. Realizou-se, também, treino de marcha em superfícies regulares e irregulares e o subir e descer escadas, tendo sido sempre frisada a importância de calçado e roupa adequados. No final de cada sessão, o utente realizou exercícios de alongamento.

Durante processo de reabilitação, para além da intervenção de enfermagem de reabilitação, o utente realizava fisioterapia e terapia ocupacional.

Ao fim de duas semanas, objetivou-se um aumento de força muscular ao nível de punho e dedos do membro superior direito, através do instrumento de avaliação *Medical Research Council*. Relativamente à motricidade fina, demonstrou maior controlo do movimento ao nível do membro superior (desenhou um círculo e quadrado com maior facilidade), sendo o movimento de pinça mais eficaz. Constatou-se uma melhoria ao nível do equilíbrio, visível através da Escala de Berg, bem como na marcha em superfícies irregulares, não sendo necessária a correção postural.

Remeto para a situação descrita anteriormente, da utente com AVC isquémico bulbar (Apêndice IV), que se encontrava no domicílio. Esta apresentava um grau de dependência grave (score 30 - Índice de Barthel), pelo que o seu plano de cuidados tinha como principais objetivos a estimulação da sensibilidade, manutenção da integridade das estruturas cutâneas e articulares e da amplitude de movimentos, prevenção de alterações musculoesqueléticas e prevenir a instalação insidiosa do padrão espástico (Menoita, Sousa, Alvo & Vieira, 2012). Para isso, foi efetuada técnica de posicionamento em padrão antiespástico e foram realizadas mobilizações passivas, ativas assistidas e ativas resistidas (recurso a garrafas de água). Estas

devem ser realizadas de forma coordenada, repetida e controlada, respeitando o limite de dor, fadiga, tolerância da pessoa e amplitude articular (Coelho, Barros & Sousa, 2017).

Posteriormente, executaram-se exercícios de equilíbrio estático sentado e atividades terapêuticas (facilitação cruzada, rolar para o lado afetado (direito) e menos afetado, ponte, rotação controlada da anca e automobilizações), com o objetivo de preparar para o levante e transferência para a cadeira de rodas. Sentada na cadeira de rodas, a utente foi incentivada a realizar automobilizações, adução e abdução com os dedos do membro superior direito e a manter os membros superiores apoiados num tabuleiro (inexistência de superfície de trabalho no domicílio) e pés devidamente apoiados.

Ao fim de 3 semanas de intervenção, a utente apresentou uma melhoria da mobilidade traduzindo-se no aumento da força muscular no hemicorpo (grau 0 para grau 1,2 ou 3 – Medical Research Council) e no equilíbrio estático sentado (score 3 - escala de Berg). De referir ausência do aparecimento de espasticidade.

Quanto à reeducação da função eliminação vesical e intestinal, existem três tipos de intervenções: técnicas comportamentais, farmacológicas e cirúrgicas. As primeiras não têm efeitos adversos conhecidos, têm como principal objetivo diminuir o número de ocorrências de incontinência e incluem a terapia comportamental, exercícios do pavimento pélvico associados ao *biofeedback*, retenção do cone vaginal ou estimulação elétrica e educação da pessoa e familiar (Branco, 2009).

Neste contexto, tive oportunidade de observar a consulta de reabilitação pelviperineal, integrada no Serviço de Reabilitação. As pessoas são referenciadas a esta consulta por apresentarem uma situação de incontinência urinária e intestinal recorrente, consequência de diversas patologias. Nesta consulta, é realizada uma avaliação inicial da pessoa, que inclui informações pessoais, caracterização dos sintomas de incontinência, antecedentes genito-urinários e obstétricos, antecedentes cirúrgicos, comorbilidades, terapêutica habitual, hábitos tabágicos, etanólicos e ingestão de café, bem como um exame objetivo detalhado. No âmbito das intervenções, estas incluem, essencialmente, ensinamentos sobre a terapia comportamental (redução da ingestão hídrica a partir das 18h, horário definido para as micções com intervalos de duas horas, gestão da alimentação e medicação, aproveitar o reflexo gastro e ortocólico), sendo entregue um Diário da Bexiga, onde é feito um registo da ingestão

hídrica, da diurese ou perda de urina e sensação vesical. Em caso de incontinência fecal, um dos principais focos é o ensino alimentar, enfatizando os alimentos que exacerbam esta condição.

Outras intervenções, igualmente importantes, são os exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico, electroestimulação funcional, auto-algaliação e a realização dos estudos urodinâmicos (Branco, 2009; Menoita et al., 2012).

O capacitar é um processo multidimensional, que implica conhecimento científico, tomada de decisão e intervenção. Manifesta-se através da concretização das atividades de vida, garantindo as condições básicas (comer, beber, higiene, vestir e despir, mobilidade e eliminação) e permitindo a realização de atividades mais complexas, principalmente, a nível instrumental (Ordem dos Enfermeiros, 2011; Reis & Bule, 2017).

O treino de AVD é um dos principais focos de atenção da intervenção do EEER, pois possibilita a maximização da funcionalidade e melhoria da qualidade de vida, recorrendo a estratégias adaptativas e produtos de apoio (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

No treino da AVD alimentação, tive oportunidade de avaliar a disfagia com recurso à Escala de GUSS (Apêndice IV e VI). Contudo, não tive oportunidade de desenvolver intervenções a este nível uma vez que os utentes intervencionados não apresentavam alteração na deglutição. Ainda nesta AVD, a sua satisfação funcional demonstrou ser de extrema importância. Numa avaliação inicial, a utente era dependente (score 0 – Índice de Barthel), sendo substituída pelo cuidador. Perante esta situação, foram realizados ensinamentos para colmatar este défice, nomeadamente, comer e beber usando o membro superior menos afetado e, numa fase posterior, o membro afetado com recurso a produtos de apoio (talheres adaptados). Pesquisei alternativas para facilitar a alimentação, tendo recorrido ao uso de pratos côncavos, tapete antiderrapante debaixo do prato e uso de tabuleiro de alimentação (Menoita et al., 2012). Posto isto, a participação da utente neste autocuidado foi aumentando gradualmente, passando a realizar cerca de 50-75% do esforço (MIF).

No treino de AVD higiene, vestir e despir, as competências foram desenvolvidas, essencialmente, em contexto hospitalar, em utentes com AVC. Com o intuito de promover a autonomia neste autocuidado, ensinei sobre estratégias adaptativas e informei sobre o recurso a produtos de apoio (banco, barras laterais de

apoio, espelho, esponja com cabo extensível). De forma a promover um ambiente seguro, frisei a importância de testar a temperatura da água com o hemitorpo menos afetado, retirar tapetes e verificar o piso. Foram, igualmente, ensinadas estratégias no vestir e despir: disposição da roupa e características do vestuário (Menoita *et al.*, 2012; Vigia, Ferreira & Sousa, 2017). Consequentemente, a participação dos utentes nesta AVD aumentou, sendo visível através da avaliação na MIF.

Ainda no contexto do treino de AVD, este surge no contexto de uma situação de dependência no autocuidado, o que obriga a uma readaptação/transformação da família (Martins, Gonçalves, & Monteiro, 2016). Assim, a família enfrenta processos de transição do tipo saúde-doença que implicam, frequentemente, uma mudança de papéis da pessoa e de todos os que com ela interagem. Neste sentido, a intervenção do EEER não deve ser individual, mas sim dirigida a toda a unidade familiar (Martins, Martins & Martins, 2017).

Por conseguinte, a intervenção do EEER está orientada para o processo de ensino/aprendizagem, em que a família/cuidador é, simultaneamente, um recurso e um foco de cuidados (Martins, Martins & Martins, 2017).

Desta forma, a capacitação da família foi desenvolvida em contexto de UCC, onde prestei cuidados a uma utente com AVC, acamada, dependente nos autocuidados. Era uma utente como uma limitação ligeira da mobilidade, previamente ao AVC (Apêndice IV).

Perante esta situação, o seu marido assumiu o papel de cuidador, manifestando insegurança e desconhecimento sobre como lidar com a situação, pelo que procurei conhecer e identificar as preocupações e dúvidas do cuidador, tendo abordado temáticas relacionadas com o AVC, desde definição, prevenção, sinais de alerta e alterações decorrentes do mesmo. Proporcionei situações que permitissem a participação do cuidador durante o processo de reabilitação, ensinando sobre exercícios de estimulação da memória e comunicação, exercícios de reeducação da musculatura facial e fonação, posicionamento em padrão antiespástico, exercício de mobilização passiva do membro superior direito e exercícios ativos resistidos do hemitorpo esquerdo e, ainda, atividades terapêuticas. Relativamente ao autocuidado, foram desenvolvidos cuidados como o comer e beber, higiene pessoal e vestir e despir. Neste contexto, foi elaborado um guia de cuidados/atividades que abordava as necessidades identificadas.

Por outro lado, no sentido de aliviar a sobrecarga do cuidador, foi realizado ensino sobre a transferência para a cadeira de rodas às assistentes operacionais, que se deslocavam ao domicílio e que se mostraram recetivas à correta execução dos procedimentos.

O conhecimento adquirido, a observação da demonstração da prestação de cuidados, bem como, a execução dos mesmos, permitiu a capacitação do cuidador para manter a continuidade de cuidados, estando esta demonstrada na avaliação da eficácia dos ensinamentos (Apêndice IV).

Por conseguinte, durante o processo de aquisição de competências específicas de EEER, utilizei instrumentos de avaliação sensíveis, fiáveis, válidos e rigorosos, que guiaram e fundamentaram a minha avaliação e elaboração e implementação de intervenções. Por outro lado, foram implementadas intervenções baseadas em conhecimento científico e orientadas pela Teoria dos Sistemas de Enfermagem com o intuito de capacitar a pessoa/família, maximizando a sua funcionalidade e melhorando a sua qualidade de vida. Estes instrumentos de avaliação possibilitaram, igualmente, a monitorização dos ganhos em saúde, evidenciando os resultados obtidos através da intervenção do EEER e, ainda, a intervenção atempada na adequação de novas intervenções.

Resumindo, as atividades descritas e realizadas possibilitaram o desenvolvimento das competências específicas de EEER nos domínios J1 “Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados”, J2 “Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania” e J3 “Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa” (Regulamento n.º 392/2019). Permitiram, ainda, o desenvolvimento de competências relacionadas com a capacidade de análise, síntese, aprendizagem, aplicação de novo conhecimento e resolução de problemas, bem como, a capacidade de trabalhar a informação, exigidas pelo 2º ciclo de estudo – grau de Mestre.

3. AVALIAÇÃO DAS APRENDIZAGENS

A enfermagem é a disciplina, na área da saúde, que compreende um conjunto de conhecimentos e processos, centrados no ser humano e seu autocuidado, com o objetivo de agir sobre o estado de saúde, de forma a mantê-los, melhorá-los ou recuperá-los, visando a maximização da funcionalidade e melhoria da qualidade de vida. É uma disciplina científica, contextualizada e inseparável da prática. Assume-se como essencial no processo de formalização do conhecimento, contribuindo para a produção de novos saberes.(Abreu, 2007; Ordem dos Enfermeiros, 2015b).

O processo de investigação foi fundamental na construção de conhecimento que sustentasse e estruturasse o desenvolvimento de competências comuns e específicas de EEER, assim como no desenvolvimento de competências inerentes ao grau de Mestre, onde é exigida inovação, originalidade e aprofundamento de competências profissionais com recurso à investigação (Direção Geral do Ensino Superior, 2011; Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

No âmbito da atribuição do grau de mestre, são apresentados descritores de qualificação específicos, que retratam as competências desenvolvidas durante o percurso de aprendizagem (Direção Geral do Ensino Superior, 2011). Assim, a obtenção deste grau de formação implica “conhecimentos altamente especializados (...) numa determinada área de estudo ou trabalho, que sustentam a capacidade de reflexão original e ou investigação” (Portaria n.º 782/2009 de 23 Julho, p. 4777). Este parâmetro vai ao encontro da certificação das competências comuns, que envolve “descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante pertinente, que permita avançar e melhorar (...) a prática de enfermagem. “ (Regulamento n.º 140/2019, p. 4744).

Nesta perspetiva, o processo de aprendizagem teve o seu início com a elaboração do Projeto de Formação e seleção da temática “*Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na pessoa com alteração da mobilidade por Acidente Vascular Cerebral*”. Este exigiu uma recolha de dados científicos rigorosa permitindo, posteriormente, o planeamento do percurso a desenvolver na prática, conduzindo a uma prática baseada na evidência. Todo este processo culminou, então, no Ensino Clínico, que se constituiu como um momento fundamental no processo de

aprendizagem, possibilitando o desenvolvimento da identidade profissional, transformando “experiências a partir de uma interação sequencial de aprendizagens significativas tendo em vista graus progressivos de autonomia”. (Abreu, 2007, p. 223).

Ao longo deste, surgiram momentos distintos de aprendizagem especializada na área de reabilitação, dos quais destaco a pesquisa no âmbito dos instrumentos específicos para a avaliação neurológica, da funcionalidade e desempenho para as atividades de vida no AVC. Foram selecionados instrumentos sensíveis, rigorosos, fiáveis e validados para o AVC, no contexto português (Ordem dos Enfermeiros, 2016). Por outro lado, foram instrumentos que permitiram orientar o processo de tomada de decisão e comprovar o contributo da minha intervenção enquanto EEER.

Relevo, igualmente, a necessidade de pesquisa sobre intervenções não só no âmbito do Projeto de Formação, mas em áreas específicas de reabilitação como a área sensorial, cognitiva, respiratória, da alimentação e da eliminação, “de forma assegurar a manutenção das capacidades funcionais (...), prevenir complicações e evitar incapacidades, (...) proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas...” ((Regulamento n.º 392/2019, p. 13565).

Acresce, ainda, que a mudança de contexto de Ensino Clínico, da comunidade para meio hospitalar, constituiu, por si só, um momento de desenvolvimento de conhecimentos, pelas características e exigências específicas de cada um. Na comunidade, foi particularmente motivador e desafiante, desenvolver conhecimentos no domínio da prevenção de complicações, na otimização de recursos existentes, procurando promover um ambiente terapêutico, tendo em conta as condições habitacionais da pessoa e sua família.

Por fim, os momentos de reflexão e análise com os EEER e docente orientador foram promotores e incentivadores na procura de novo conhecimento.

É, também, exigido ao EEER que saiba aplicar os seus conhecimentos em situações novas, em contextos multidisciplinares (Direção Geral do Ensino Superior, 2011). Por conseguinte, foram implementadas intervenções específicas, com o intuito de “otimizar ou reeducar a função” (Regulamento n.º 392/2019, p. 13567), nas quais se incluíram programas de reeducação funcional cognitiva, sensoriomotora e

respiratória e treino de AVD, bem como, o ensino, a demonstração e o treino de todas as técnicas, com vista o desenvolvimento do autocuidado (Santos, 2017).

De realçar os inúmeros momentos de aprendizagem e efetiva aplicabilidade e implementação do Projeto de Formação desenvolvido, durante todo o percurso do Ensino Clínico. Assim, foi possível prestar cuidados à pessoa com alteração da mobilidade por AVC, tanto na comunidade como a nível hospitalar. Todavia, ressalvo que as condições físicas (quartos amplos, casas de banho adaptadas, corredor extenso), humanas (equipa multidisciplinar constituída por EEER, fisiatras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e terapeutas da fala) e materiais (produtos de apoio) do Serviço de Reabilitação, levaram a que este local de Ensino Clínico superasse as expectativas no desenvolvimento de conhecimento e competências técnico-científicas, sendo decisivo na implementação de programas de reabilitação cognitiva, sensoriomotora e treino de AVD, possibilitando a maximização do potencial funcional, a capacidade para o autocuidado e promoção da independência e na melhoria da qualidade de vida da pessoa com AVC.

Contudo, ressalvo que as oportunidades para a implementação de programas de reabilitação à pessoa com alterações da função respiratória foram escassas. Estas poderiam ter sido um contributo inestimável no meu percurso de desenvolvimento de competências específicas na área da reeducação funcional respiratória. Porém, tive oportunidade de intervir na promoção da limpeza da via aérea de uma pessoa com DPOC, constatando a importância da intervenção do EEER nesta área. O programa de reabilitação implementado incluiu técnicas de controlo da respiração, exercícios de reeducação costal seletiva e global com bastão, técnica de expiração forçada, tosse assistida e manobras acessórias.

O cuidar em reabilitação é um processo complexo que envolve intervenções multidisciplinares e interdisciplinares, que possibilitam uma interligação de conhecimentos fundamentais no processo de reabilitação (Santos, 2017). Neste sentido, durante o percurso em Ensino Clínico, constatei que, efetivamente, as equipas eram constituídas por diversos elementos e que estes orientavam a sua ação para a consecução de objetivos profissionais específicos, apenas se verificando a presença da equipa multidisciplinar. Considero que seria benéfica a relação interdisciplinar, através da calendarização de reuniões formais para estabelecer objetivos, definir metodologias, estratégias e intervenções mais personalizados e

adequados às necessidades de cada pessoa e família, com vista a “maximização da autonomia e da qualidade de vida” (Regulamento n.º 392/2019, p. 13567).

De destacar que, para o sucesso das intervenções implementadas, foi fundamental o estabelecimento de uma relação terapêutica e de confiança com a pessoa e sua família. Para isso, foram elaborados planos de cuidados, que tiveram em consideração “as necessidades, características, capacidades e tolerância de cada pessoa na sua individualidade e singularidade” (Pestana, 2017b), objetivando uma abordagem holística. Por outro lado, os objetivos e intervenções definidos foram, sistematicamente, validados, promovendo uma relação de parceria com os familiares/cuidadores. Este processo relacional revelou-se essencial na manutenção da motivação, na participação e na continuidade dos cuidados de reabilitação (Santos, 2017).

Saliento que, o processo de tomada de decisão, o agir em enfermagem de reabilitação e a relação estabelecida com a pessoa, foram orientados por princípios e valores éticos e deontológicos presentes no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2015b).

Posto isto, considero que foram desenvolvidas aprendizagens no âmbito do “lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos (...) incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas...(Direção Geral do Ensino Superior, 2011, p. 46).

Um dos desafios constantes da prática de enfermagem e, no contexto específico da reabilitação, é a “demonstração da efetividade dos seus cuidados e da qualidade dos mesmos” (Pestana, 2017a, p.85). Neste âmbito, os registos de enfermagem de reabilitação assumem especial importância. Estes devem ser claros, sem ambiguidades, concisos e robustos, “capazes de comunicar as suas conclusões e os conhecimentos e raciocínios” (Direção Geral do Ensino Superior, 2011, p. 46). Isto é, os registos devem espelhar todo o processo de tomada de decisão e julgamento clínico. Desta forma, realizei, ao longo de toda a prática, registos que demonstraram os contributos dos cuidados de enfermagem de reabilitação, enfatizando os ganhos em saúde.

Realço, ainda, a importância do Modelo Conceitual de Dorothea Orem, a Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado, estruturante no processo de tomada de

decisão, garantindo a segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Concluo, perspetivando que o desenvolvimento destas novas competências de aprendizagem, me permitam “beneficiar de uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo” (Direção Geral do Ensino Superior, 2011, p. 46), sustentando uma prática de cuidados baseada na evidência científica, de forma a conquistar um elevado nível de autonomia e tomada de decisão na área de especialização de enfermagem de reabilitação, com o objetivo de atingir o nível de perito (Benner, 2001).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso formativo realizado foi muito gratificante, ultrapassando as minhas expectativas, porém, revelou-se exigente quer a nível pessoal, académico e familiar. O Ensino Clínico demonstrou a sua relevância, proporcionando o desenvolvimento de novos conhecimentos e competências e integrando os conhecimentos adquiridos em contexto académico.

A elaboração do Projeto de Estágio, que perspetivou a “Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na pessoa com alteração da mobilidade por Acidente Vascular Cerebral”, foi fundamental para a realização deste relatório, que, por sua vez, culminou com a sua implementação nos locais de estágio selecionados. Pretendeu dar visibilidade ao processo de operacionalização do Projeto de Formação elaborado, enfatizando os objetivos alcançados bem como o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento n.º 140/2019), competências específicas do EEER (Regulamento n.º 392/2019) e competências inerentes ao grau de Mestre, estabelecido pelos descritores de qualificação do 2º Ciclo de Estudos (Direção Geral do Ensino Superior, 2011).

A implementação deste projeto possibilitou uma visão mais profunda e diferenciada das incapacidades e limitações inerentes ao AVC e da importância da formação especializada na área de reabilitação, com o intuito de se prestarem cuidados de enfermagem de excelência contribuindo para minimizar as repercussões da doença, maximizando o potencial funcional e capacidade para o autocuidado, promovendo a independência e a melhoria da qualidade de vida.

Na verdade, a experiência em Ensino Clínico, corroborou a evidência científica encontrada sobre as intervenções do EEER na alteração da mobilidade por AVC, sendo visível na constante monitorização dos resultados. Acrescento a possibilidade de executar intervenções técnicas, que me permitiram desenvolver e aperfeiçoar a componente prática, também essencial aos cuidados de reabilitação.

Em suma, os objetivos e atividades estabelecidos no Projeto de Formação, foram contemplados em ambos os Ensinos Clínicos, permitindo o desenvolvimento das competências acima descritas. Foi um percurso fundamentado nos princípios éticos e deontológicos que regem o exercício profissional da enfermagem,

preconizando momentos de reflexão e análise das situações vivenciadas, que se revelaram uma estratégia essencial em todo o processo de aprendizagem, possibilitando uma avaliação crítica das decisões e intervenções realizadas.

O percurso percorrido forneceu, assim, ferramentas necessárias para a construção da minha identidade enquanto EEER, sendo que, a formação contínua se assumiu como fundamental numa prática de cuidados atualizados e baseados na evidência.

Idealmente, este percurso de aprendizagem teria continuidade na atividade profissional, enquanto enfermeira especialista de reabilitação no meu atual contexto de trabalho. Porém, os constrangimentos atuais referentes ao setor da saúde e a inexistência de uma cultura organizacional, no âmbito da especialidade de reabilitação, constitui um constrangimento no futuro.

No entanto, é notório o impacto do percurso formativo e experiência académica no meu contexto profissional. Do ponto de vista individual, através da consciencialização e fundamentação dos cuidados, no âmbito da promoção da autonomia, participação e envolvimento da pessoa e família no autocuidado e na implementação de intervenções no âmbito da reeducação funcional respiratória e sensoriomotora. Por outro lado, ao nível coletivo, saliento as reuniões que realizo com a equipa de Medicina Física e Reabilitação, com o objetivo de delinear um plano de cuidados em conjunto e planear a alta para domicílio ou RNCCI, na transmissão e partilha de conhecimentos e competências adquiridas, através de sessões de formação planeadas em contexto de trabalho e na elaboração de procedimentos específicos à pessoa com alteração da mobilidade por AVC.

Assim sendo, pretendo que as competências desenvolvidas permitam a dinamização da intervenção do EEER no seio da equipa de enfermagem e na equipa multidisciplinar, com o intuito de garantir a qualidade e melhoria dos cuidados de enfermagem, proporcionando ganhos em saúde e dando visibilidade à intervenção do EEER.

Concluindo e, refletindo sobre os constrangimentos, os momentos de cansaço, tensão e crise interior foram transversais em ambos os contextos clínicos, exigindo uma gestão rigorosa de tempo e das emoções, repartindo-se entre atividade profissional, académica e familiar. Todavia, foram superados com a motivação pessoal para a sua concretização. Na verdade, a conclusão do presente Relatório de

Estágio constitui-se como um momento de satisfação e conquista, com a convicção da existência inequívoca de um crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional. Esta etapa assume-se como o início e não o culminar do meu desenvolvimento enquanto enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2007). Formação e aprendizagem em contexto clínico. Fundamentos, teorias e considerações didáticas. Coimbra: Formasau
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. (2016). *Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos em Portugal*.
- Balami, J. S., Chen, R. L., & Buchan, A. M. (2013). Stroke syndromes and clinical management. *Qjm*, 106(7), 607–615.
- Barata, L. F. (2017). Aquisição e desenvolvimento de competências ao longo da vida profissional – a importância da formação contínua. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords.). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 123-135). Loures: Lusodidacta
- Benner, P. (2001). De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem. Coimbra: Quarteto Editora
- Bernhardt, J., Hayward, K. S., Kwakkel, G., Ward, N. S., Wolf, S. L., Borschmann, K., Carmichael, S. T. (2017). Agreed definitions and a shared vision for new standards in stroke recovery research: The Stroke Recovery and Rehabilitation Roundtable taskforce. *International Journal of Stroke*, 12(5), 444–450.
- Boehme, A. K., Esenwa, C., & Elkind, M. S. V. (2017). Stroke Risk Factors, Genetics, and Prevention. *Circulation Research*, 120(3), 472–495.
- Botelho, A. (2005) A funcionalidade dos idosos, In: *Envelhecer em Portugal: psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa: Climepsi Editores
- Bowen, A., James, M., & Young, G. (2016). *National clinical guideline for stroke Prepared by the Intercollegiate Stroke Working Party*. 96–99.
- Branco, T. (2009). Estratégias na Incontinência Urinária: Novas Abordagens. *Sinais Vitais*, 83, 16–23.

- Brewer, L., Horgan, F., Hickey, A., & Williams, D. (2013). Stroke rehabilitation: Recent advances and future therapies. *QJM: An International Journal of Medicine*, 106(1), 11–25.
- Burton, L., & Tyson, S. F. (2015). Screening for cognitive impairment after stroke: a systematic review for psychometric properties and clinical utility. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 47, 193–203.
- Carey, L., Walsh, A., Adikari, A., Goodin, P., Alahakoon, D., Silva, D., Boyd, L. (2019). Finding the Intersection of Neuroplasticity , Stroke Recovery , and Learning : Scope and Contributions to Stroke Rehabilitation. *Neural plasticity*.n.d.
- Carteiro, D., Godinho, F., Rodrigues, M. (2017). Os contributos do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação no cuidado durante a gravidez e após o parto. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords.). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 289-305). Loures: Lusodidacta
- Coelho, C., Barros, H., Sousa, L. (2017). Reeducação da função sensoriomotora. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords.). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 227-251). Loures: Lusodidacta
- Corbetta, D., Sirtori, V., Castellini, G., Moja, L., & Gatti, R. (2015). Constraint-induced movement therapy for upper extremities in people with stroke (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*
- Cuidados Continuados - Saúde e Apoio Social. (2006). *Enquadramento das Unidades de Convalescença na RNCCI no âmbito das experiências piloto*.
- Dąbrowski, J., Czajka, A., Zielińska-Turek, J., Jaroszyński, J., Furtak-Niczyporuk, M., Mela, A., Ziemba, A. (2019). Brain Functional Reserve in the Context of Neuroplasticity after Stroke. *Neural Plasticity*. n.d.
- Deodato, S. (2017). Ética nos cuidados de Enfermagem de Reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords.). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 35-39). Loures: Lusodidacta

- Direção Geral do Ensino Superior. (2011). *O quadro de qualificações do ensino superior em Portugal. Relatório da comissão internacional sobre a verificação da compatibilidade com o quadro de qualificações do espaço europeu do ensino superior.*
- Direção Geral de Saúde. (2003). *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor.*
- Direção Geral de Saúde. (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.*
- Direção Geral da Saúde. (2011a). *Norma nº 54/2011 - Acidente Vascular Cerebral: prescrição de medicina física e reabilitação.*
- Direção Geral de Saúde. (2011b). *Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q)*
- Direção Geral de Saúde. (2017). *Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares 2017.* Lisboa.
- Dong, Y., Slavin, M. J., Chan, B. P., Venketasubramanian, N., Sharma, V. K., Crawford, J. D., ... Chen, C. L. (2013). Cognitive screening improves the predictive value of stroke severity scores for functional outcome 3 – 6 months after mild stroke and transient ischaemic attack : an observational study. *BMJ*, 3, 6–11.
- Duncan, P. W., Zorowitz, R., Bates, B., Choi, J. Y., Glasberg, J. J., Graham, G. D., Reker, D. (2005). Management of Adult Stroke Rehabilitation Care. *Stroke* (Vol. 36).
- Edwards, D., Hahn, M., Baum, C., Perlmutter, M., Sheedy, C., & Dromerick, A. (2006). Screening Patients with Stroke for Rehabilitation Needs: Validation of the PostStroke Rehabilitation Guidelines. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 20, 42–48.
- European Stroke Organization. (2008). Guidelines for Management of Ischaemic Stroke and Transient Ischaemic Attack 2. *Cerebrovascular Diseases*, 25, 457–507.

- Feigin, V., Norrving, B., & Mensah, G. (2017). Global Burden of Stroke. *Circulation Research*, 120 (2), 439–448.
- Ferreira, P. L. (2014). Escalas de avaliação de risco de quedas. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV*(2), 153–161.
- French, B., Thomas, L. H., Leathley, M. J., Sutton, C. J., McAdam, J., Forster, A., Watkins, C. L. (2016). Repetitive task training for improving functional ability after stroke. *Cochrane Database of Systematic Review*.
- Gerloff, C., Bushara, K., Sailer, A., Wassermann, E. M., Chen, R., Matsuoka, T., Cohen, L. G. (2006). Multimodal imaging of brain reorganization in motor areas of the contralesional hemisphere of well recovered patients after capsular stroke. *Brain*, 129, 791–808.
- Go, A. S., Mozaffarian, D., Roger, V. L., Benjamin, E. J., Berry, J. D., Blaha, M. J., Heart, A. (2014). AHA Statistical Update Executive Summary : Heart Disease and Stroke Statistics. *Circulation*, 129, 399–410.
- Gomes, B., Ferreira, D. (2017). Reeducação da função respiratória. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords.). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 253-262). Loures: Lusodidacta
- Graham, J. V., Eustace, C., Brock, K., & Swain, E. (2009). The Bobath Concept in Contemporary Clinical Practice. *Stroke Rehabilitation*, 16(1), 57–69.
- Gray, V., Rice, C. L., & Garland, S. J. (2012). Factors That Influence Muscle Weakness Following Stroke and Their Clinical Implications : A Critical Review. *Physiotherapy Canada*, 64(4), 415–426.
- Hebert, D., Lindsay, M. P., McIntyre, A., Kirton, A., Rumney, P. G., Bagg, S., Teasell, R. (2016). Canadian stroke best practice recommendations: Stroke rehabilitation practice guidelines. *International Journal of Stroke*, 11(4), 459–484.
- Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação: criar novos caminhos*. Lusociência. Loures

- Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (4ª Ed.). Loures: Lusodidacta
- Hussein, N., & Teasell, R. (2018). Background Concepts in Stroke Rehabilitation. *Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation*.
- Ingeman, A., Andersen, G., Hundborg, H. H., Svendsen, M. L., & Johnsen, S. P. (2011). In-Hospital Medical Complications, Length of Stay, and Mortality Among Stroke Unit Patients. *Stroke*, 3214–3218.
- Instituto Nacional de Estatística. (2019). *Estatísticas da Saúde 2017*. Lisboa.
- Iruthayarajah, J., Iliescu, A., Foley, N., Mirkowski, M., Ot, M., Ont, R., ... Teasell, R. (2018). Lower extremity motor rehabilitation interventions. *The Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation*
- Jehkonen, M., Laihosalo, M., & Kettunen, J. (2006). Review article Anosognosia after stroke : assessment , occurrence , subtypes and impact on functional outcome reviewed. *Acta Neurologica Scandinavica*, 114, 293–306.
- Johansson, B. B. (2000). Brain Plasticity and Stroke Rehabilitation. *Stroke*, 31, 223–230.
- Jorgensen, H. S., Nakayama, H., Raaschou, H. O., & Olsen, T. S. (1995). Recovery of Walking Function in Stroke Patients : The Copenhagen Stroke Study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 76, 27–32.
- Kelly-Hayes, M., Robertson, J. T., Broderick, J. P., Duncan, P. W., Hershey, L. A., Roth, E. J., ... Trombly, C. A. (1998). The American Heart Association Stroke Outcome Classification. *Stroke*, 29, 1274–1280.
- Kollen, B. J., Lennon, S., Lyons, B., Wheatley-Smith, L., Scheper, M., Buurke, J. H., Kwakkel, G. (2009). The effectiveness of the bobath concept in stroke rehabilitation what is the evidence? *Stroke*, 40(4).
- Kong, K. H., & Lee, J. (2014). Temporal recovery of activities of daily living in the first year after ischemic stroke: A prospective study of patients admitted to a

- rehabilitation unit. *NeuroRehabilitation*, 35(2), 221–226.
- Langhorne, P., Coupar, F., & Pollock, A. (2009). Motor recovery after stroke: a systematic review. *The Lancet. Neurology*, 8(8), 741–754.
- Langhorne, P., Wu, O., Rodgers, H., & Ashburn, A. (2017). A Very Early Rehabilitation Trial after stroke (AVERT): a Phase III, multicentre, randomised controlled trial. *Health Technol Assess*, 21(54).
- Lewis, L. K., Williams, M. T., & Olds, T. S. (2012). The active cycle of breathing technique : A systematic review and meta-analysis. *Respiratory Medicine*, 106(2), 155–172.
- Liu, K. P. Y., Hanly, J., Fahey, P., Fong, S. S. M., & Bye, R. (2018). A Systematic Review and Meta-Analysis of Rehabilitative Interventions for Unilateral Spatial Neglect and Hemianopia Poststroke From 2006 Through 2016. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 100(5), 956–979.
- Lotze, M., Ladda, A. M., & Stephan, K. M. (2019). Cerebral plasticity as the basis for upper limb recovery following brain damage. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 99, 49–58.
- Martins, M., Gonçalves, L., & Monteiro, C. (2016). Vivências de familiares cuidadores em internamento hospitalar: o início da dependência do idoso. *Revista de Enfermagem UHPE Online*, 10(3), 1109–1118.
- Martins, M. M., Martins, A. C., Martins, A. R. (2017). Reeducação familiar/social – reconstrução da vida familiar e social no processo de reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords.). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 67-76). Loures: Lusodidacta
- Maulden, S. A., Gassaway, J., Horn, S. D., Smout, R. J., & DeJong, G. (2005). Timing of initiation of rehabilitation after stroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 86, 34–40.
- Mckoy, N., Wilson, L., Saldanha, I., Odelola, O., & Robinson, K. (2016). Active cycle of breathing technique for cystic fibrosis (Review). *Cochrane Database of*

Systematic Reviews.

- Mehndiratta, P., Chapman Smith, S., & Worrall, B. B. (2015). Etiologic Stroke Subtypes: Updated Definition and Efficient Workup Strategies. *Current Treatment Options in Cardiovascular Medicine*, 17(1), 1–11.
- Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I., Vieira, C. (2012). *Reabilitar a Pessoa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusodidacta
- Miller, E. L., Murray, L., Richards, L., Zorowitz, R. D., Bakas, T., Clark, P., & Billinger, S. A. (2010). Comprehensive overview of nursing and interdisciplinary rehabilitation care of the stroke patient: A scientific statement from the American heart association. *Stroke*, 41(10), 2402–
- Ministério da Saúde. (2018). *Retrato da Saúde 2018*. Portugal.
- Nakipoğlu Yuzer, G. F., Köse Dönmez, B., & Özgirgin, N. (2017). A Randomized Controlled Study: Effectiveness of Functional Electrical Stimulation on Wrist and Finger Flexor Spasticity in Hemiplegia. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 26(7), 1467–1471.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Parecer nº 12/2011 sobre Atividades de Vida Diária*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boas Práticas - Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Percurso e Programa Formativo para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Porto.
- Ordem dos Enfermeiros. *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros - Estatuto*. , (2015).
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa.

- Orem, D. E. (2001). *Nursing: concepts of practice* (6^a ed.). St. Louis: Mosby
- Page, S. J., Otr, L., & Peters, H. (2014). Applying Motor PRACTICE and Neuroplasticity Principles to Increase Upper Extremity Function. *Stroke*, 45, 3454–3460.
- Paik, Y. R., Kim, S. K., Lee, J. S., & Jeon, B. J. (2014). Simple and task-oriented mirror therapy for upper extremity function in stroke patients: A pilot study. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, 24(1), 6–
- Pekna, M., Pekny, M., & Nilsson, M. (2012). Modulation of Neural Plasticity as a Basis for Stroke Rehabilitation. *Stroke*, 43, 2819–2828.
- Pestana, H. (2017a). Sistemas de informação e a especialidade de enfermagem de reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords.). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 77-87). Loures: Lusodidacta
- Pestana, H. (2017b). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação: Enquadramento. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords.). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 47-56). Loures: Lusodidacta
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem* (1ªedição). Coimbra: Formasau
- Piassaroli, C. A. de P., Almeida, G. C. de, Luvizotto, J. C., & Suzan, A. B. B. M. (2012). Physical Therapy Rehabilitation Models in Adult Patients with Ischemic Stroke Sequel. *Revista Neurociências*, 20(1), 128–137.
- Pollock, A., Baer, G., Campbell, P., Choo, P., Forster, A., Morris, J., ... Langhorne, P. (2014). Physical rehabilitation approaches for the recovery of function and mobility following stroke (Review). *Cochrane Library*, (4).
- Pollock, A., Farmer, S. E., Brady, M. C., Langhorne, P., Mead, G. E., Mehrholz, J., & van Wijck, F. (2014). Interventions for improving upper limb function after stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

- Pontes, M.M. & Santos, A. (2017). A gestão de serviços de enfermagem de reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords.). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 89-99). Loures: Lusodidacta
- Portaria n.º 782/2009 de 23 Julho. *Diário da República*, 1.ª série — N.º 141. Lisboa. (2009). 4776–4778.
- Queirós, P., Vidinha, T., & Filho, A. (2014). Autocuidado : o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(3), 157–164.
- Reis, G., Bule, M. (2017). Capacitação e atividade de vida. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords.). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 57-65). Loures: Lusodidacta
- Regulamento n.º 350/2015. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 119 — 22 de junho de 2015. *Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa.
- Regulamento n.º 140/2019. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019. *Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa.
- Regulamento n.º 392/2019. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 85 — 3 de maio de 2019. *Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa.
- Sá, M. (2009). Avc – primeira causa de morte em portugal 1. *Revista Da Faculdade de Ciências Da Saúde*, 6, 12–19.
- Sacco, R. L., Kasner, S. E., Broderick, J. P., Caplan, L. R., Connors, J. J. B., Culebras, A., Valderrama, A. L. (2013). An Updated Definition of Stroke for the 21st Century. *Stroke*, 44, 2064–2089.
- Salter, K., Campbell, N., Richardson, M., & Mehta, S. (2013). Outcome Measures in Stroke Rehabilitation. *Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation*.
- Santos, A., Pêla, J. (2017). Reabilitação da pessoa em cuidados paliativos e fim de vida. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords.). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 605-618). Loures: Lusodidacta

- Santos, L. (2017). O processo de reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords.). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 15-21). Loures: Lusodidacta
- Stein, J. (2017). Stroke: Rehabilitation and Recovery. *ACH Media*. n.d.
- Takeuchi, N., & Izumi, S. (2013). Rehabilitation with Poststroke Motor Recovery: A Review with a Focus on Neural Plasticity. *Stroke Research and Treatment*.
- Teasell, R., Foley, N., Hussein, N., Wiener, J., & Speechley, M. (2018). The Elements of Stroke Rehabilitation. *Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation*, 1–47.
- Teasell, R., Hussein, N., & Foley, N. (2018). Managing the Stroke Rehabilitation Triage Process. *Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation*, 1–27.
- The American College of Obstetricians and Gynecologists. (2015). Physical Activity and Exercise During Pregnancy and the Postpartum Period. *Committee Opinion*, 650.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra*. (5ªed.). Loures: Lusociência
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (2007). *Enquadramento das Unidades de Reabilitação de Acidentes Vasculares Cerebrais*.
- Vanbellinghen, T., Ottiger, B., Maaijwee, N., Pflugshaupt, T., Bohlhalter, S., Müri, R. M., ... Nyffeler, T. (2017). Spatial neglect predicts upper limb use in the activities of daily living. *Cerebrovascular Diseases*, 44(3–4), 122–127.
- Varanda, E., Rodrigues, C. (2017). Reeducação cognitiva em enfermagem de reabilitação: recuperar o bailado da mente. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords.). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 215-225). Loures: Lusodidacta
- Vaughn, S., Mauk, K. L., Jacelon, C. S., Larsen, P. D., Rye, J., Wintersgill, W., ... Dufresne, D. (2016). The competency model for professional rehabilitation

- nursing. *Rehabilitation Nursing*, 41(1), 33–44.
- Vigia, C., Ferreira, C., Sousa, L. (2017). Treino de atividades de vida diárias. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords.). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 351-363). Loures: Lusodidacta
- Vitor, A. F., Lopes, M. V. de O., & Araujo, T. L. de. (2010). Teoria do déficit de autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem. *Escola Anna Nery*, 14(3), 611–616.
- Vries, S., & Mulder, T. (2007). Motor imagery and stroke rehabilitation: A critical discussion. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 39(1), 5–13.
- Wattchow, K. A., McDonnell, M. N., & Hillier, S. L. (2018). Rehabilitation Interventions for Upper Limb Function in the First Four Weeks Following Stroke: A Systematic Review and Meta-Analysis of the Evidence. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 99(2), 367–382.
- Wieloch, T., & Nikolich, K. (2006). Mechanisms of neural plasticity following brain injury. *Current Opinion in Neurobiology*, 16, 258–264.
- Winstein, C. J., Stein, J., Arena, R., Bates, B., Cherney, L. R., Cramer, S. C., Zorowitz, R. D. (2016). Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery: A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 47.
- Wist, S., Clivaz, J., & Sattelmayer, M. (2016). Muscle strengthening for hemiparesis after stroke: A meta-analysis. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 59(2), 114–124.
- World Health Organization. (1978). *Cerebrovascular disorders: A clinical and research classification* (pp. 8–69). pp. 8–69. Geneva.
- Zhu, M. H., Wang, J., Gu, X. D., Shi, M. F., Zeng, M., Wang, C. Y., ... Fu, J. M. (2015). Effect of action observation therapy on daily activities and motor recovery in stroke patients. *International Journal of Nursing Sciences*, 2(3), 279–282.

APÊNDICES

Apêndice I – Metodologia *Scoping Review*

METODOLOGIA SCOPING REVIEW

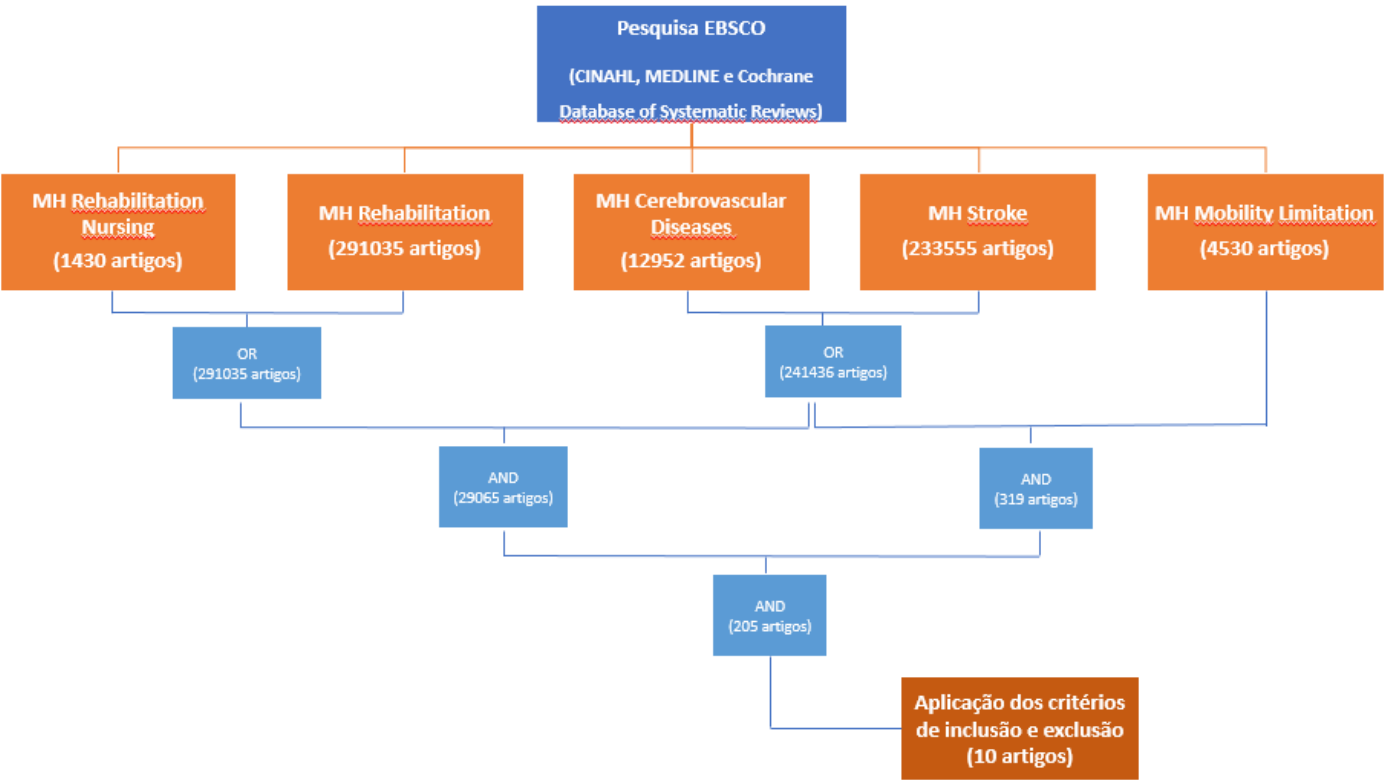
Método PCC

P	População	Pessoas com AVC
C	Contexto	Alteração da Mobilidade
C	Conceito	Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

CrITÉRIOS de Inclusão e Exclusão

CrITÉRIOS de Seleção	Inclusão	Exclusão
População	Pessoa com AVC	Idade inferior a 18 anos
Conceito	Artigos que englobem programas de reabilitação motora	Programas de reabilitação que excluam reabilitação motora
Contexto	Programas de reabilitação de doentes com AVC	Ausência de programa de reabilitação

Organograma de Pesquisa



Apêndice II – Objetivos e Atividades

OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS

Tendo em conta a problemática em estudo: *“Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na pessoa com alteração da mobilidade por Acidente Vascular Cerebral”*, importa esclarecer os objetivos gerais e específicos, com as respetivas atividades, de modo a definir os resultados que se pretende alcançar. Estes foram formulados tendo como ponto de partida o problema em estudo e com base os domínios das competências comuns e específicas do EEER.

Propõe-se como objetivos gerais:

- Desenvolver competências comuns de Enfermeiro Especialista, especificamente no cuidado à pessoa com alteração da mobilidade por Acidente Vascular Cerebral;
- Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, no âmbito das funções respiratória, sensorial, cognitiva, alimentação, eliminação vesical e intestinal e, especificamente, no cuidado à pessoa com alteração da mobilidade por Acidente Vascular Cerebral.

Na seguinte tabela, são apresentados os objetivos específicos inseridos nos respetivos domínios de competências comuns do enfermeiro especialista.

Tabela 1 - Objetivos específicos das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

<i>A - Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal</i>	1. Demonstrar uma prática de cuidados responsável que assegure a defesa e o respeito pelos direitos humanos, sustentada em princípios, valores e normas deontológicas
<i>B - Domínio da melhoria da qualidade</i>	2. Colaborar com a equipa de saúde na promoção da melhoria contínua da qualidade dos cuidados 3. Contribuir para a promoção de um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo

<i>C - Domínio da gestão dos cuidados</i>	4. Otimizar o processo de cuidados, participando nas tomadas de decisão da equipa multiprofissional e adequando os recursos disponíveis às necessidades de cuidados
<i>D - Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais</i>	5. Criar oportunidades de aprendizagem, em contexto de Ensino Clínico, suportando a sua prática clínica na melhor evidência possível

Seguem-se os objetivos específicos inseridos nos respetivos domínios de competências específicas do EEER.

Tabela 2 - Objetivos específicos das Competências Específicas do EEER

<i>J1 - Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados</i>	7. Desenvolver um corpo de conhecimentos teórico-práticos específicos da intervenção do EEER no âmbito da reeducação motora, sensorial, cognitiva e cardiorrespiratória
<i>J2 - Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania</i>	8. Avaliar a funcionalidade motora da pessoa e diagnosticar as limitações motoras e de realização das AVD
<i>J3 - Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa</i>	9. Conceber e implementar planos de intervenção com vista à promoção das capacidades adaptativas para o desempenho do autocuidado
	10. Elaborar e implementar programas de treino de AVD, visando a adaptação às limitações da mobilidade
	11. Organizar programas de treino motor em função dos objetivos individuais da pessoa vítima de AVC
	12. Orientar a pessoa para a eliminação das barreiras que limitem a sua atividade e participação social
	13. Avaliar resultados as intervenções planeadas

ATIVIDADES REFERENTES AO DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Objetivos Específicos	Atividades a Desenvolver	Crítérios de Avaliação	Recursos
<p>1. Demonstrar uma prática de cuidados responsável que assegure a defesa e o respeito pelos direitos humanos, sustentada em princípios, valores e normas deontológicas</p> <p>2. Colaborar com a equipa de saúde na promoção da melhoria contínua da qualidade dos cuidados</p> <p>3. Contribuir para a promoção de um ambiente físico,</p>	<p>- Conhecendo a dinâmica, funcionamento e organização dos contextos de Ensino Clínico</p> <p>- Integrando progressivamente a equipa multidisciplinar</p> <p>- Participando em reuniões formais e informais, com a equipa multidisciplinar, para a tomada de decisão</p> <p>- Tomando decisões de cuidados com base no respeito pelos princípios éticos e deontológicos</p> <p>- Colaborando na realização e implementação de projetos e programas de melhoria de cuidados inerentes aos contextos de Ensino Clínico</p> <p>- Transferindo os resultados da evidência científica e de normas de boas práticas para a prática de cuidados</p>	<p>- Ter conhecido a dinâmica, funcionamento e organização dos contextos de Ensino Clínico</p> <p>- Ter integrado a equipa multidisciplinar</p> <p>- Ter participado em reuniões formais e informais, com a equipa multidisciplinar, para a tomada de decisão</p> <p>- Ter tomado decisões de cuidados com base no respeito pelos princípios éticos e deontológicos</p> <p>- Ter colaborado na realização e implementação de projetos e programas de melhoria de cuidados inerentes aos contextos de Ensino Clínico</p> <p>- Ter transferido os resultados da evidência científica e de normas de boas práticas para a prática de cuidados</p> <p>- Ter pesquisado e partilhado, com a equipa multidisciplinar, a melhor</p>	<p><u>Humanos</u>: EEER, profissionais da equipa multidisciplinar, docente orientador, pessoa e/ou família</p> <p><u>Materiais</u>: normas e protocolos do contexto de Ensino Clínico; Código Deontológico; legislação reguladora do exercício profissional; projetos e programas vigentes e em desenvolvimento na instituição, normas de qualidade e de boas práticas; regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação; sistema de informação em</p>

<p>psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo</p> <p>4. Otimizar o processo de cuidados, participando nas tomadas de decisão da equipa multiprofissional e adequando os recursos disponíveis às necessidades de cuidados</p> <p>5. Criar oportunidades de aprendizagem, em contexto de Ensino Clínico, suportando a sua prática clínica na melhor evidência possível</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisando e partilhando, com a equipa multidisciplinar, a melhor evidência científica na área das boas práticas - Elaborando registos de enfermagem completos, que traduzam a qualidade dos cuidados de reabilitação prestados e que permitam a sua avaliação - Observando o ambiente psicossocial que envolve a pessoa cuidada/família/grupo - Identificando as necessidades físicas e ambientais da pessoa cuidada/família/grupo - Identificando fatores de risco ambientais- barreiras arquitetónicas, produtos de apoio, ergonomia - Adotando comportamentos adequados para garantir a qualidade e segurança dos cuidados prestados - Envolvendo a família nos cuidados, assegurando necessidades culturais e espirituais - Colaborando na identificação e gestão de recursos físicos, materiais e humanos das instituições 	<p>evidência científica na área das boas práticas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ter elaborado registos de enfermagem completos, que traduzam a qualidade dos cuidados de reabilitação prestados e que permitam a sua avaliação - Ter observado o ambiente psicossocial que envolve a pessoa cuidada/família/grupo - Ter identificado as necessidades físicas e ambientais da pessoa cuidada/família/grupo - Ter identificado fatores de risco ambientais - barreiras arquitetónicas, produtos de apoio, ergonomia - Ter adotado de comportamentos adequados para garantir a qualidade e segurança dos cuidados prestados - Ter envolvido a família nos cuidados, assegurando necessidades culturais e espirituais - Ter colaborado na identificação e gestão de recursos físicos, materiais e humanos das instituições 	<p>enfermagem; produtos de apoio;</p> <p>sistema de informação em enfermagem; computador; pesquisa bibliográfica, contexto de trabalho</p> <p><u>Físicos:</u> Hospital e UCC</p> <p><u>Temporais:</u> Setembro a Fevereiro</p>
--	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> - Intervindo nas tomadas de decisão, através da otimização da informação disponível e da avaliação específica dos cuidados especializados - Reconhecendo situações passivas de serem referenciadas para outros profissionais de saúde - Gerindo os cuidados de reabilitação e recursos disponíveis - Identificando as oportunidades de aprendizagem nos contextos de estágio, com vista ao desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista - Identificando as necessidades formativas nas instituições - Colaborando em ações formativas, formais ou informais, desenvolvidas nas instituições, no âmbito da equipa de saúde ou da prestação de cuidados à pessoa/família - Avaliando o impacto da formação realizada, com questionários ou validação da informação retida 	<ul style="list-style-type: none"> - Ter intervindo nas tomadas de decisão, através da otimização da informação disponível e da avaliação específica dos cuidados especializados - Ter reconhecido situações passivas de serem referenciadas para outros profissionais de saúde - Ter gerido os cuidados de reabilitação e recursos disponíveis - Ter identificado as oportunidades de aprendizagem nos contextos de estágio, com vista ao desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista - Ter identificado as necessidades formativas nas instituições - Ter colaborado em ações formativas, formais ou informais, desenvolvidas nas instituições, no âmbito da equipa de saúde ou da prestação de cuidados à pessoa/família - Ter avaliado o impacto da formação realizada, com questionários ou validação da informação retida 	
--	---	---	--

ATIVIDADES REFERENTES AO DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EEER

Objetivos Específicos	Atividades a Desenvolver	Crítérios de Avaliação	Recursos
<p>6. Desenvolver um corpo de conhecimentos teórico-práticos específicos da intervenção do EEER no âmbito da reeducação motora, sensorial, cognitiva e cardiorrespiratória</p> <p>7. Avaliar as necessidades de intervenção do EEER na pessoa/família com alteração sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória e, especificamente, da mobilidade após o AVC</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Colhendo dados dirigidos à pessoa/família e consultando do seu processo clínico, com o intuito de identificar as necessidades neurológicas, cardiorrespiratórias, sensoriomotoras, cognitivas, de alimentação e eliminação - Procedendo ao exame físico e neurológico à pessoa vítima de AVC - Avaliando da capacidade funcional, através da utilização de escalas e instrumentos de medidas (NIHSS, Medical Research Council, escala de Barthel, escala de <i>Ashworth</i>, MIF) - Concebendo e implementando planos de reabilitação com vista a reeducação funcional motora da pessoa com AVC - Elaborando e implementar programas de treino motor, tendo em conta o potencial de recuperação da pessoa - Realizando treinos específicos de AVD (higiene, vestir e despir, comer e beber) 	<ul style="list-style-type: none"> - Ter colhido dados dirigidos à pessoa/família e consulta do seu processo clínico, com o intuito de identificar as necessidades neurológicas, cardiorrespiratórias, sensoriomotoras, cognitivas, de alimentação e eliminação - Ter procedido ao exame físico e neurológico à pessoa vítima de AVC - Ter avaliado a capacidade funcional, através da utilização de escalas e instrumentos de medidas (NIHSS, Medical Research Council, escala de Barthel, escala de <i>Ashworth</i>, MIF) - Ter concebido e implementado planos de reabilitação com vista a reeducação funcional motora da pessoa com AVC - Ter elaborado e implementado programas de treino motor, tendo em conta o potencial de recuperação da pessoa 	<p><u>Humanos:</u> EEER, profissionais da equipa multidisciplinar, docente orientador, cliente e família</p> <p><u>Materiais:</u> processo clínico, instrumentos de colheita de dados, escalas e instrumentos de medida para avaliação funcional, produtos de apoio, exames auxiliares de diagnóstico, recursos da comunidade</p> <p><u>Físicos:</u> hospital e UCC</p>

<p>8. Planejar e implementar intervenções que promovam a maximização das capacidades da pessoa com alteração sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória e, especificamente, da mobilidade após o AVC</p> <p>9. Avaliar o impacto das intervenções de reabilitação da pessoa com alteração da sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória e, especificamente, da mobilidade após o AVC</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Selecionando produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação) adequados às necessidades de cada pessoa - Ensinando e demonstrando à pessoa e cuidador, técnicas específicas de autocuidado - Identificando recursos da pessoa, família e comunidade que facilitem a inclusão social - Identificando barreiras arquitetônicas que possam limitar a autonomia - Assegurando a articulação com estruturas e equipamentos sociais da comunidade - Avaliando o impacto das intervenções planejadas, pela reaplicação das escalas, e revisão do programa de reabilitação sempre que necessário 	<ul style="list-style-type: none"> - Ter realizado treinos específicos de AVD (higiene, vestir e despir, comer e beber) - Ter selecionado produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação) adequados às necessidades de cada pessoa - Ter ensinado e demonstrado à pessoa e cuidador, técnicas específicas de autocuidado - Ter identificado recursos da pessoa, família e comunidade que facilitem a inclusão social - Ter identificado barreiras arquitetônicas que possam limitar a autonomia - Ter assegurado a articulação com estruturas e equipamentos sociais da comunidade - Ter avaliado o impacto das intervenções planejadas, pela reaplicação das escalas, e revisão do programa de reabilitação sempre que necessário 	<p><u>Temporais:</u> Setembro a Fevereiro</p>
--	--	---	---

Apêndice III – Síndromes Neurovasculares

SÍNDROMES NEUROVASCULARES

Síndromes Neurovasculares	Descrição
Artéria Cerebral Anterior	<ul style="list-style-type: none">• Parésia do membro inferior contralateral, um grau menor de parésia do membro superior contralateral, perda sensorial cortical no membro inferior, incontinência urinária, reflexo de preensão, reflexo de sucção, paratonia, mutismo acinético, lentidão, interrupção intermitente, falta de espontaneidade, sussurros, distração reflexa com relação a visões e sons, apraxia da marcha, dispraxia dos membros esquerdos, afasia tátil nos membros esquerdos
Artéria Cerebral Média	<ul style="list-style-type: none">• Parésia da face, membro superior e inferior contralaterais, disfunção sensorial na mesma área, afasia motora, afasia central, surdez para palavras, anomia, fala incompreensível, agrafia sensorial, afasia de condução, apractognosia do hemisfério não dominante, anosognosia, hemiassomatognosia, <i>neglect</i> unilateral, agnosia da metade esquerda do espaço externo, distorção das coordenadas visuais, localização imprecisa no hemicampo, capacidade prejudicada para medir distâncias, leitura de baixo para cima, ilusões visuais, hemianopsia homônima, paralisia do olhar conjugado para o lado oposto• Síndrome de Gerstmann: acalculia, alexia, agnosia digital, confusão entre direito e esquerdo
Artéria Cerebral Posterior	<ul style="list-style-type: none">• Território Periférico: hemianopsia homônima (frequentemente dos quadrantes superiores), hemianopsia homônima bilateral, cegueira cortical, consciência ou

	<p>negação da cegueira, denominação tátil, acromatopsia, incapacidade de ver movimentos para a frente e para trás, incapacidade de perceber objetos não situados centralmente, apraxia dos movimentos oculares, incapacidade para contar/enumerar objetos, tendência para embater contra objetos que tenta evitar, dislexia verbal sem agrafia, anomia para cores, déficit de memória, desorientação topográfica, prosopagnosia, simultanagnosia, <i>neglect</i> hemivisual, alucinações visuais não formadas, alucinose peduncular, metamorfopsia, teleopsia, expansão visual ilusória, paliopsia, distorção dos contornos, ftofobia central, alucinações complexas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Território Central: <ul style="list-style-type: none"> • Síndrome talâmica: perda sensorial, dor espontânea e distesias, coreoatetose, tremor de intenção, espasmos da mão, hemiparésia leve • Síndrome de Claude: ataxia cerebelar perfurada com paralisia ipsilateral do terceiro nervo craniano • Síndrome de Weber: paralisia do terceiro nervo craniano e hemiplegia contralateral • Hemiplegia contralateral, paralisia ou parésia dos movimentos oculares corticais, desvio assimétrico, reação pupilar lentificada, discreta miose e ptose, tremor de ação atáxico contralateral rítmico, tremor postural rítmico
<p>Síndrome de Wallenberg ou</p> <p>Síndrome Bulbar Lateral</p>	<ul style="list-style-type: none"> • É a mais frequente dos AVC do tronco encefálico • Resulta da lesão do sistema espino-trigemino-talâmico, poupando as vias lemniscais • Ipsilateral: dor, parestesias, alteração da sensibilidade na hemiface, ataxia dos membros, desvio lateral e assimetria,

	<p>nistagmo, diplopia, oscilopsia, vertigem, náuseas, vômitos, disfagia, rouquidão, paralisia do palato, paralisia corda vocal, diminuição do reflexo faríngeo, perda do paladar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de Horner (miose, ptose, anidrose) • Pode conduzir a alterações cardiovasculares como hipotensão ortostática e arritmias • Pode estar associado a dor crônica central da face ipsilateral ou em combinação com os membros contralaterais. Esta dor é constante, tipo queimadura e exacerba com o frio e estímulo mecânico
<p>Síndrome de Dejerine ou Síndrome Bulbar Medial</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Resulta da oclusão da artéria vertebral ou de um ramo da artéria vertebral ou basilar inferior • Ipsilateral: parésia com atrofia de metade da língua • Contralateral: parésia do braço e perna, poupando a face, perda da sensibilidade tátil e proprioceptiva no hemicorpo
<p>Síndrome de Reinhold's ou Síndrome Bulbar Unilateral</p>	<ul style="list-style-type: none"> • É um síndrome raro, em que há lesões nas artérias bulbares medial e lateral • É caracterizado pela isquemia simultânea das regiões mediana, paramediana lateral e dorsal do bulbo raquidiano, levando, frequentemente, a distúrbios respiratórios
<p>Síndrome Marie-Foix ou Síndrome Pontino Lateral</p>	<ul style="list-style-type: none"> • É a segunda causa mais frequente dos AVC do tronco encefálico • Ipsilateral: nistagmo horizontal e vertical, vertigens, náuseas e vômitos, oscilopsia, parésia facial, olhar conjugado, surdez, tinnitus, ataxia, alterações da sensibilidade na face • Contralateral: alteração da sensibilidade para dor e temperatura no hemicorpo

	<ul style="list-style-type: none"> • A combinação da alteração da audição, parésia e hipostesia facial é típico desta síndrome, bem como, a combinação de vômitos, ataxia, nistagmo e disfunção ipsilateral dos quinto, sétimo e oitavo nervos cranianos
Síndrome da Artéria Cerebelar Superior	<ul style="list-style-type: none"> • Caracteriza-se por ataxia cerebelar ipsilateral, náuseas e vômitos, fala arrastada, diminuição da sensibilidade dolorosa e térmica. Pode surgir surdez parcial, tremor do membro superior e síndrome de Horner ipsilateral
Síndrome de “locked-in”	<ul style="list-style-type: none"> • Resulta da oclusão das vias corticospinal e corticobulbar na protuberância. • Caracteriza-se por quadriplegia e paralisia de todos os nervos cranianos à exceção dos que controlam os movimentos oculares. A pessoa é capaz de compreender o discurso e mantém reação palpebral
Síndrome “top-of-the-basilar”	<ul style="list-style-type: none"> • Resulta da isquemia bilateral do tálamo, levando a múltiplos enfartes no território da artéria basilar • Caracteriza-se por alterações do estado de consciência, desorientação, alucinações, alterações comportamentais, défices oclomotores e deficiência visual cortical
Síndrome de Ondine	<ul style="list-style-type: none"> • Resulta de lesão no centro do tronco encefálico, responsável pela respiração automática, deixando intactas as vias corticospinais voluntárias • Caracteriza-se por depressão respiratória durante o sono
Síndrome Dejerine-Roussy	<ul style="list-style-type: none"> • Também conhecido por Dor Central Pós-AVC, ocorre após isquemia do tálamo ventroposterolateral, da região

	<p>subcortical, capsular e inferior do tronco, síndrome de Wallenberg, síndrome da artéria es+inal anterior</p> <ul style="list-style-type: none"> • Há um envolvimento do sistema espinotalâmico, poupando as vias lemniscais • Caracteriza-se por alodinia, disestesia e hiperalgesia • A dor pode ser sentida na face, membro superior e inferior, tronco ipsilateral à lesão
Síndrome de Horner	<ul style="list-style-type: none"> • Caracteriza-se por miose, ptose parcial, anidrose facial, enoftalmia, aumento da acomodação visual, retração palpebral contralateral, diminuição da pressão intraocular e alterações na viscosidade lacrimal • Pode estar associado a AVC do tronco encefálico, síndrome de Wallenberg, síndrome da artéria cerebelar superior, isquemia da artéria carótida e disseção de aneurisma da carótida
Síndrome Mão Alheia	<ul style="list-style-type: none"> • É uma complicação rara após AVC, caracterizada por movimentos motores involuntários e incontroláveis da mão ou do braço, podendo estar associados à negação de pertença do membro aquando de ausência de estímulo visual
Síndrome da Artéria Espinal Anterior	<ul style="list-style-type: none"> • É extremamente rara, estando associada com disseção da aorta ou complicações após cirurgia da aorta, trombose ou embolismo • Caracteriza-se por paralisia completa com hiperestesia e hipoalgesia abaixo do nível da lesão, enquanto que a sensibilidade vibratória e propriocepção estão intactas, pela preservação das colunas posteriores.

Síndrome da Artéria Espinal Posterior	<ul style="list-style-type: none"> • Caracteriza-se pela perda de sensação abaixo do nível da lesão com perda de reflexos e diminuição da sensibilidade vibratória e proprioceptiva
Síndrome Brown Sequard	<ul style="list-style-type: none"> • Caracteriza-se pela perda ipsilateral da sensibilidade proprioceptiva, dolorosa e térmica e motora abaixo do nível da lesão

Fonte: Adaptação de Kasper, Fauci, Longo, Braunwald, Hauser, Jameson (2006); Balami, Chen, & Buchan (2013)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Balami, J. S., Chen, R. L., & Buchan, A. M. (2013). Stroke syndromes and clinical management. *Qjm*, 106(7), 607–615

Kasper, D. L., Fauci, A. S., Longo, D. L., Braunwald, E., Hauser, S. L., Jameson, J. L. (2006). *Harrison – Medicina Interna*. In Doenças Vasculares Encefálicas (16ª Edição). Pp. 2498-2502 Rio de Janeiro: McGrawHill

Apêndice IV – Estudo de Caso UCC

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização Enfermagem de Reabilitação

Estágio com Relatório – Estudo de Caso

Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na pessoa com doença cerebrovascular

Unidade de Cuidados na Comunidade

Inês Raquel Márcia de Lemos

Lisboa

2018

Three large, stylized green swooshes or brushstrokes that curve upwards and to the right, located in the bottom right corner of the page.

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização Enfermagem de Reabilitação

Estágio com Relatório – Estudo de Caso

Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na pessoa com doença cerebrovascular

Unidade de Cuidados na Comunidade

Inês Raquel Márcia de Lemos

Docente Orientador: Professor Ricardo Braga

Enfermeira Orientadora: ■■■

Lisboa

2018

A decorative graphic in the bottom right corner consisting of several overlapping, curved, green shapes that resemble stylized waves or a modern logo element.

SIGLAS E ABREVIATURAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diária

DGS – Direção-Geral da Saúde

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ESO – European Stroke Organization

NIHSS – National Institutes Health Stroke Scale

TAC – Tomografia Axial Computorizada

WHO – World Health Organization

ÍNDICE

0. BREVE REVISÃO ANATOMOPATOLÓGICA	7
1. COLHEITA DE DADOS	10
1.1. Fatores Pessoais e Condicionantes Básicos	10
1.2. Requisitos de Autocuidado por Desvio de Saúde	11
2. AVALIAÇÃO DO EEER	13
2.1. Avaliação Neurológica	13
2.1.1. Estado Mental	13
2.1.2. Pares Cranianos	14
2.1.3. Sensibilidade	16
2.1.4. Força e Tônus Muscular	16
2.1.5. Coordenação Motora	18
2.1.6. Equilíbrio	18
2.1.7. Marcha	18
2.2. Requisitos Universais do Autocuidado	18
2.2.1. Manutenção de inspiração de ar suficiente	18
2.2.2. Manutenção de ingestão de água e alimentos suficiente	19
2.2.3. Promoção dos cuidados associados com a eliminação	19
2.2.4. Manutenção do equilíbrio entre atividade e o descanso	20
2.2.5. Manutenção do equilíbrio entre solidão e a interação social	21
2.2.6. Prevenção dos riscos para a vida humana, para o funcionamento humano	21
3. PLANO DE CUIDADOS	22
CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	
ANEXO I - Escala de Borg Modificada	
ANEXO II – Mini Mental State Exame	
ANEXO III – Escala de NIHSS	
ANEXO IV – Escala de Berg	

ANEXO V – Functional Ambulation Categories

ANEXO VI – Avaliação da Força e Tônus Muscular

ANEXO VII – Escala de Braden

ANEXO VIII – Escala de GUSS

ANEXO IX - Índice de Barthel

ANEXO X – Medida de Independência Funcional (MIF)

APÊNDICES

APÊNDICE I – Validação dos Ensinos ao Cuidador

APÊNDICE II – Guia de Exercícios

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 – Identificação e História Pessoal	10
QUADRO 2 – Terapêutica Atual	12
QUADRO 3 – Avaliação Pares Cranianos	14
QUADRO 4 – Avaliação da força e tônus muscular	16
QUADRO 5 – Avaliação tolerância à atividade	20
QUADRO 6 – Plano de Cuidados	24

0. BREVE REVISÃO ANATOMOPATOLÓGICA

A American Heart Association (2013) define AVC como o início súbito de sinais focais neurológicos provocados por uma lesão aguda no sistema nervoso central, resultante de um processo vascular, cuja duração ultrapassa as 24 horas. Conduz a uma diminuição ou ausência do fornecimento de oxigénio e nutrientes, causando danos no tecido cerebral (WHO, 1978).

De acordo com a sua etiologia, classificam-se em isquémico ou hemorrágico. Segundo Go *et al* (2014), o AVC isquémico resulta da supressão de aporte sanguíneo a uma área cerebral após oclusão ou estenose vascular. Classificam-se de acordo com a sua origem: cardioembólicos, ateroscleróticos, lacunares, com outras causas específicas e de etiologia desconhecida.

São inúmeros os fatores de risco para o AVC, dividindo-se em modificáveis, como hipertensão, fibrilação auricular, dislipidémia, diabetes *mellitus*, dieta, tabagismo e atividade física, e não modificáveis, com a idade, sexo, raça/etnia, história pessoal, história familiar (Feigin, Norrving e Mensah, 2016; Boehme, Esenwa e Elkind, 2016; Leal, 2001).

Considerando que, a cada região do sistema nervoso central está atribuída uma especialização funcional, é possível localizar a lesão a partir do conjunto de sintomas que ela determina. Neste sentido, uma lesão isquémica ao nível do bulbo raquidiano condiciona o aparecimento de diversos sintomas que se traduzem na síndrome de Wallenberg, síndrome de Dejerine, síndrome medular medial bilateral, síndrome hemimedular e síndrome medular lateral bilateral. Estes três últimos resultam da combinação dos dois primeiros (Gan e Noronha, 1993).

A síndrome de Wallenberg, também denominada de síndrome medular lateral, resulta de uma lesão na artéria cerebelar posterior inferior. As manifestações clínicas dependem da extensão da lesão. Contudo, os sinais mais comuns são: ataxia do hemicorpo ipsilateral, por lesão do pedúnculo cerebeloso inferior, vertigens, náuseas e vômitos, por lesão nos núcleos vestibulares, perda da sensibilidade térmica e dolorosa na hemiface ipsilateral, por lesão da via espinhal do trigémeo, perda da sensibilidade térmica e dolorosa no hemicorpo contralateral, por lesão da via espino-talâmica lateral, e disfagia e disfonia por

parésia dos músculos da faringe e da laringe. Pode surgir a síndrome de Horner (ptose, miose, enoftalmia e anidrose) (Balami, Chen, Buchan, 2013).

A síndrome de Dejerine, ou síndrome medular medial, é consequência de uma lesão na artéria vertebral. Caracteriza-se por hemiparésia contralateral (via piramidal), compromisso da sensibilidade propriocetiva e tátil (lemnisco medial) e parésia ipsilateral dos músculos da língua (grande hipoglosso) (Balami, Chen, Buchan, 2013).

Todas as pessoas vítimas de AVC agudo necessitam de cuidados especializados multidisciplinares e, se possível, providenciados numa Unidade de AVC.

Após a chegada ao hospital, a pessoa com suspeita de AVC ou AIT deverá ser submetida a um exame geral e neurológico seguido de exame de imagem cerebral diagnóstica, para que o tratamento possa ser iniciado de imediato (ESO, 2008).

A imagem cerebral é essencial para o diagnóstico de AVC e AIT. A TAC sem contraste permite identificar a maior parte das patologias confundíveis com AVC e distingue AVC agudo isquêmico de hemorrágico, nos primeiros 5-7 dias. A ressonância magnética com difusão apresenta maior sensibilidade para as alterações isquêmicas precoces do que a TAC, sendo importante no diagnóstico de AVC da circulação posterior, enfartes lacunares, pequenos enfartes corticais, nas variações e etiologias raras de AVC ou na suspeita de uma patologia confundível com AVC, não clarificável por TAC (ESO, 2008).

Relativamente ao tratamento geral do AVC, este implica monitorizar estado neurológico, através de escalas como a NIH Stroke Scale ou a Scandinavian Stroke Scale, e parâmetros vitais (tensão arterial, pulso, saturação de oxigénio e temperatura), fornecer suporte ventilatório e oxigenoterapia, monitorização cardíaca, controlo metabólico e dos fluidos e prevenção de complicações (ESO, 2008).

O tratamento específico passa pela administração de terapêutica trombolítica com rtPA (ativador do plasminogénio tecidual intravenoso), que deve ser administrado até 3 horas após ocorrência do AVC, sendo que a NIHSS deve ser inferior a 25, a idade inferior a 80 anos e tensão arterial abaixo dos

185/110 mmHg antes de administrar esta terapêutica. Se não houver critérios para trombólise, é administrada terapêutica antiagregante plaquetar, sendo que a aspirina é eficaz quando iniciada até 48 horas após o AVC (ESO, 2008).

No que diz respeito às complicações, as mais frequentes são a pneumonia bacteriana, causada por aspiração por alteração do estado de consciência e disfagia, trombose venosa profunda e embolismo pulmonar, úlceras de pressão, convulsões, agitação, quedas, infecções do aparelho urinário e incontinência e disfagia (ESO, 2008).

A intervenção do enfermeiro é fundamental em todas as etapas do acompanhamento da pessoa com AVC. Na fase aguda, a sua atuação passa, principalmente, pela vigilância do estado neurológico e manutenção e monitorização dos parâmetros vitais, com o objetivo de prevenir o aparecimento das complicações acima descritas (DGS, 2010).

Por outro lado, a pessoa, após o AVC, é confrontada com inúmeras manifestações sintomáticas, nomeadamente a nível motor, sensorial e cognitivo. Neste sentido, atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação passa por capacitar estes indivíduos de forma a que readquiram ou mantenham as suas funções físicas, intelectuais, psicológicas e/ou sociais (DGS, 2010).

1. COLHEITA DE DADOS

1.1. Fatores Pessoais e Condicionantes Básicos

Nome: J.R.		
Género: Feminino	Etnia: Caucasiana	Idade: 84
Estado Civil: Casada	Profissão: Reformada (trabalhadora fabril) Escolaridade: 3ª Classe	Residência: Montijo
Agregado familiar:	Vive com o marido	
Condições habitacionais:	<p>Moradia térrea, com condições de higiene e segurança. Tem três quartos (10 m²), cozinha, sala de estar e uma casa de banho. No exterior tem um quintal com uma pequena horta. As portas da habitação têm largura suficiente, facilitando o uso da cadeira de rodas.</p> <p>A casa de banho (5 m²) encontra-se equipada com poliban, que tem um degrau de cerca de 15 cm e portas deslizantes.</p> <p>A sra. J.R. encontra-se num quarto com cama articulada e colchão de pressão alterna. Este quarto encontra-se a 2 m da cozinha e 4m da sala de estar.</p>	
Suporte familiar:	<p>O marido, reformado de pintor, de 87 anos, é responsável pelas tarefas domésticas (limpeza da casa, lavar roupa, cozinhar) e gestão financeira.</p> <p>Têm apoio do centro social para realização da higiene da Sra. J.R.</p> <p>Tem um filho e neto que, atualmente, se encontram a viver na Áustria, mas com quem mantém contacto</p>	

	frequente. Tem apoio de amigos e vizinhos que habitam no mesmo bairro.
--	--

Quadro 1 – Identificação e História Pessoal

Relativamente aos antecedentes pessoais, a Sra. J.R. tem hipertensão arterial, não medicada, e fratura colo do fémur, por queda na via pública, operada em 2012. Desconhece alergias a medicamentos e alimentos.

Nega medicação habitual antes do episódio de AVC (Acidente Vascular Cerebral).

Quanto aos antecedentes familiares, o pai faleceu devido a um enfarte agudo do miocárdio e a mãe e irmã com neoplasia metastizada (não soube dar informação mais detalhada).

1.2. Requisitos de Autocuidado por Desvio de Saúde

Informação recolhida da nota de alta hospitalar. Utente admitida por quadro de alteração de comportamento, disartria, astenia e mal estar com 24 horas de evolução. Realizou TAC cranioencefálico a 6/8/2018: “não há evidências de anomalias inequivocamente relacionáveis com lesão isquémica recente. Ausência de lesão hemorrágica em evolução. Lacunas vasculares em localização núcleo basal, capsular e radiaria/semi-oval bilateral. Leucoencefalopatia da senescência. Padrão de atrofia cerebral e cerebelosa, cortico-sub-cortical e difusa. Calcificações ateromatosas nos sífões carotídeos e nas artérias vertebrais.”.

Internada com o diagnóstico de AVC isquémico bulbar (sem evidência imagiológica, mas com défices: hemiplegia direita, com componente facial homolateral). Transferida para o serviço de neurologia a 7/8/2018. No dia 9/8/2018 inicia quadro de melenas com hematoquésias e suspeita de pneumonia de aspiração. Realizou EDA: úlcera gástrica Forrest II.

Transferida para o serviço de Medicina Interna. Neste, episódio de paragem respiratória que reverteu com ventilação manual, seguida de bradicardia que reverteu com administração de atropina. Diagnóstico de infeção

do trato urinário, com necessidade de administração de antibioterapia endovenosa. Segundo nota de alta, esteve entubada nasogastricamente por disfagia.

Durante internamento realizou os seguintes exames complementares de diagnósticos:

- TAC Cranioencefálico (8/8/2018): sobreponível ao TAC prévio de 6/8, não se observando sinais de lesões vasculares isquêmicas recentes nem hemorragias intracranianas. Refere-se assimetria dos sulcos corticais da alta convexidade com maior apagamento à esquerda, já visível em exame prévio.
- TAC Cranioencefálico (9/8/2018): sem evidência de alterações valorizáveis em relação ao estudo de referência.
- EcoDoppler Vasos Pescoço (8/8/2018): a apreciação morfológica demonstrou complexo intima-média com espessura máxima de 0,8mm bilateralmente. Identifica-se a presença de placa aterosclerótica de componente fibroso, hipoecogénica e regular a nível da bifurcação carotídea esquerda. Observa-se placa fibrocalcificada na carótida interna direita. Ambas não condicionando estenose hemodinamicamente significativa. Documentara-se traçados com velocidades psico-sistólicas e índices de resistência normais nas carótidas primitivas e segmentos extra-cranianos avaliados das carótidas internas, onde se excluem estenoses com significado hemodinâmico. Carótidas externas e artérias vertebrais permeáveis e com fluxo cefálico.
- ECG – ritmo sinusal

Atualmente encontra-se sob a seguinte terapêutica:

Fármaco	Dose	Frequência	Via Administração
Esomeprazol	40 mg	1 vez/dia	Oral
Bisoprolol	5 mg	1 vez/dia	Oral
Ramipril	2,5 mg	1 vez/dia	Oral

Nitroglicerina	10 mg	1 vez/dia	Transdérmica
Amlodipina	10 mg	1 vez/dia	Oral
Atorvastatina	20 mg	1 vez/dia	Oral
Beta-histina (início a 25/10/18)	24 mg	2 vezes/dia	Oral

Quadro 2 – Terapêutica Atual

2. AVALIAÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

2.1. Avaliação Neurológica

A avaliação neurológica que se segue compreende a avaliação do estado mental (consciência, orientação, atenção, memória, linguagem, estado emocional, capacidade praxica e negligência unilateral), avaliação dos pares cranianos, sensibilidade, força e tônus muscular, coordenação motora, equilíbrio e marcha (Menoita et. al, 2012).

2.1.1. Estado Mental

Estado de Consciência: encontra-se vigil, com abertura ocular espontânea (NIHSS- National Institutes Health Stroke Scale – Anexo III)

Orientação: apresenta-se orientada autopsiquicamente e desorientação alopsiquicamente (MMSE – Mini Mental State Exam - Anexo II e NIHSS - Anexo III)

Atenção/Concentração: fácil distração face a estimulação externa, com défice de atenção e concentração. Para avaliação deste parâmetro recorreu-se à escala MMSE, cujo resultado foi de 14 – Défice cognitivo (Anexo II).

Memória: apresenta alterações ao nível da memória imediata e curto prazo (MMSE - Anexo II)

Linguagem: não demonstra dificuldade na compreensão da linguagem e na nomeação de objetos. Contudo, o discurso espontâneo encontra-se comprometido por défice na mobilidade dos músculos da face e língua, o que dificulta a articulação das palavras (score 1 na escala de NIHSS – disartria leve a moderada – Anexo III). Observa-se, igualmente, parésia facial central esquerda

menor (score 1 na escala de NIHSS – apagamento do sulco nasogeniano, assimetria no sorriso – Anexo III), com desvio da comissura labial para a direita, o que limita o discurso.

Estado emocional: O f cies da Sra. J.R. transmite tristeza, através da aproximação e elevação das sobrancelhas e estiramento lateral da boca. Verbaliza, também, ansiedade relativamente   sua condição de dependência, revelando que sempre foi saudável e independente.

Capacidades Pr xicas: não apresenta alterações, visto que realiza as ações pretendidas com o hemicorpo esquerdo.

Negligência Hemiespacial Unilateral: lesões ao nível do bulbo raquidiano não condicionam este parâmetro

2.1.2. Pares Cranianos

A avaliação dos Pares Cranianos encontra-se descrita no quadro que segue:

Par craniano/alterações		Avaliação
I – Olfativo (anosmia, hiposmia, parosmia)		Sem alterações detetadas
II – �tico Acuidade Visual (amaurose, ambliopia, cegueira) Campo de visão (hemianopsia, quadrantopsia)		Sem alterações detetadas
III – Oclomotor (miose, elevação da pálpebra superior, abaixamento,	Isocoria Anisocoria	Sem alterações detetadas P�pilas – isorreativas, tamanho 3mm

elevação e adução do olho) IV – Patético (rotação do olho) VI – Motor Ocular Externo (abdução)	Movimento conjugado do globo ocular (H) Nistagmo, Ptose palpebral, Movimento sacádicos	
V – Trigêmeo (mastigação, sensação facial nas divisões oftálmica, maxilar e mandibular)		Sem alterações detetadas
VII – Facial (mímica facial, percepção gustativa 2/3 anteriores da língua)		Assimetria facial ligeira, com parésia facial central esquerda menor (Escala NIHSS score 1) e desvio comissura labial direita. Sem envolvimento do andar superior da face.
VIII – Estado Acústico (equilíbrio estático e dinâmico e audição)		Alteração o equilíbrio estático sentado, avaliado através da Escala de Berg (Anexo IV), com queda do tronco para o lado esquerdo. Não foi possível realizar teste de Rinne por inexistência de diapasão
IX – Glossofaríngeo (percepção gustativa 1/3 posterior da língua)		Parâmetro não avaliado
X – Vago (percepções sensoriais da orelha, faringe, laringe, tórax e vísceras, enervação das vísceras torácicas e abdominais – reflexo de vômito, alteração da voz – disfonia, hipofonia)		Disfonia (utente e cuidador referem que voz está mais grave) Elevação do palato simétrica A úvula mantém-se centrada Reflexo de vômito presente.

XI – Espinhal (controlo motor da faringe, laringe, palato, dos músculos esternocleidomastóideo e trapézio – rotação e inclinação da cabeça)	Apresenta força de grau 0 no movimento da elevação do ombro direito e grau 2 na rotação e flexão lateral da cabeça para o lado direito. Tem força de grau 4 na elevação do ombro esquerdo e rotação e flexão lateral da cabeça para a esquerda (avaliada força muscular recorrendo à escala Medical Research Council – Anexo VI)
XII – Grande Hipoglosso (motricidade dos músculos da língua – mastigação, deglutição, articulação das palavras)	Apresenta discreto desvio da língua para a esquerda

Quadro 3 – Avaliação Pares Cranianos

2.1.3. Sensibilidade

Não foram detetadas alterações na sensibilidade superficial (tátil, térmica e dolorosa) nem na sensibilidade profunda (sentido de pressão, postural e estereognosia).

2.1.4. Força e Tónus Muscular:

Para avaliar a força muscular foi utilizada a Escala Medical Research Council e para avaliar o tónus muscular recorreu-se à Escala de Ashworth Modificada.

Os resultados da avaliação inicial encontram-se descritos pormenorizadamente no quadro que se segue:

Segmentos	Movimentos	Medical Research Council	Escala de Ashworth Modificada
		4/10	4/10

		D/E	D/E
Cabeça e Pescoço	Flexão	3	0/0
	Extensão	3	0/0
	Flexão lateral esquerda	4	0/0
	Flexão lateral direita	2	0/0
	Rotação	2/4	0/0
Escapulo- umeral	Flexão	0/4	0/0
	Extensão	0/4	0/0
	Adução	0/4	0/0
	Abdução	0/4	0/0
	Rotação interna	0/4	0/0
	Rotação externa	0/4	0/0
Cotovelo	Flexão	0/4	0/0
	Extensão	0/4	0/0
Antebraço	Pronação	0/4	0/0
	Supinação	0/4	0/0
Punho	Flexão palmar	0/4	0/0
	Dorsi-flexão	0/4	0/0
	Desvio radial	0/4	0/0
	Desvio cubital	0/4	0/0
	Circundação	0/4	0/0
Dedos	Flexão	0/4	0/0
	Extensão	0/4	0/0
	Adução	0/4	0/0

	Abdução	0/4	0/0
	Oponência do polegar	0/4	0/0
Coxo-femural	Flexão	0/4	0/0
	Extensão	0/4	0/0
	Adução	0/4	0/0
	Abdução	0/4	0/0
	Rotação interna	0/4	0/0
	Rotação externa	0/4	0/0
Joelho	Flexão	1/4	0/0
	Extensão	1/4	0/0
Tibio-társica	Flexão plantar	1/4	0/0
	Dorsi-flexão	1/4	0/0
	Inversão	0/4	0/0
	Eversão	0/4	0/0
Dedos	Flexão	0/4	0/0
	Extensão	0/4	0/0
	Adução	0/4	0/0
	Abdução	0/4	0/0

Quadro 4 – Avaliação da força e tônus muscular

Relativamente à força muscular constata-se que a Sra. J.R. apresenta contração visível ao nível das articulações do joelho e tibiotársica do hemicorpo direito. Contudo, os restantes segmentos ao nível do membro superior e inferior não apresentam movimento visível. Relativamente ao hemicorpo esquerdo, verificam-se movimentos ativos contra a gravidade e resistência, porém a força está diminuída.

Quanto ao tônus muscular, não se observou aumento do tônus muscular aquando da mobilização dos segmentos corporais.

2.1.5. Coordenação Motora

Para avaliar este parâmetro recorreu-se à prova index-nariz, bem como à prova calcanhar Joelho. Não se observaram alterações ao nível do hemicorpo esquerdo. Relativamente ao hemicorpo direito, este parâmetro encontra-se alterado pelo défice de força muscular do membro superior e inferior.

2.1.6. Equilíbrio

Alteração do equilíbrio estático sentado (mau equilíbrio – Anexo IV – Escala de Berg). Quando assume posição sentada, a Sra. J.R. refere tonturas, náuseas e vômitos.

2.1.7. Marcha

Este parâmetro foi avaliado através da Escala Functional Ambulation Categories, tendo obtido um score de 0, isto é, impossibilidade de marcha autónoma (Anexo VI).

2.2. Requisitos Universais do Autocuidado

2.2.1. Manutenção de inspiração de ar suficiente

A Sra. J.R. encontra-se eupneica com oximetria de pulso de 98% sem aporte de oxigénio. Pele e mucosas coradas.

- Inspeção Estática do Tórax: tórax simétrico, sem alterações ao nível da morfologia, deformações, alterações cutâneas nem hipocratismo digital
- Inspeção Dinâmica do Tórax: ventilação espontânea e tórax simétrico. Respiração predominantemente torácica, regular e superficial.
- Palpação: sem alterações na expansibilidade. Não se observaram tumefações ou lesões cutâneas. Sem pontos dolorosos, desvio na traqueia, adenopatias, atritos/crepitações.

- Percussão: sem alterações
- Auscultação pulmonar: murmúrio vesicular mantido bilateralmente. Sem presença de ruídos adventícios

2.2.2. Manutenção de ingestão suficiente de água e alimentos

Durante o internamento hospitalar a Sra. J.R. esteve entubada nasogastricamente. Contudo, iniciou dieta oral ainda no referido período.

À observação, a Sra. J.R. encontra-se emagrecida, sendo impossível a avaliação do seu peso. Contudo, constata-se que a percentagem de massa muscular é baixa. No domicílio, tolera dieta confeccionada pelo marido, cerca de 5 refeições por dia: pequeno almoço, almoço, lanche e jantar. Tolerar todo o tipo de alimentos, sem restrições.

Ingere cerca de 3 a 4 garrafas de água de 33cl por dia (entre 1L a 1,5L de água).

Por força grau 0 no membro superior direito (membro dominante), necessita de ajuda total (score 1: MIF – anexo X e score 5 no Índice de Barthel) para levar água e alimentos à boca. Sem dificuldades na mastigação dos alimentos.

Aplicada escala de GUSS com um score total de 20 (Disfagia ligeira/sem disfagia. Risco mínimo de aspiração – Anexo VIII.)

2.2.3. Promoção dos cuidados associados com a eliminação

A Sra. J.R. não apresenta alterações na continência vesical e intestinal, relacionadas com o AVC (score 7 na MIF – Anexo X).

Relativamente à eliminação vesical, a Sra. J.R. urina na fralda por impossibilidade de se deslocar à casa de banho (score 0 no Índice de Barthel – Anexo IX) e por incapacidade do cuidador de a transferir para cadeira de rodas – incontinência funcional. Sempre que urina solicita ao marido que mude a fralda.

Apresenta trânsito intestinal regulado, com frequência diária, cujas características se descrevem como pastosas, castanhas em moderada quantidade.

2.2.4. Manutenção do equilíbrio entre atividade e o descanso

Relativamente aos parâmetros vitais, em repouso, apresenta tensão arterial de 148/60 mmHg, frequência cardíaca de 69 bpm, temperatura axilar de 36,3°C, frequência respiratória de 14 cpm.

A sra. J.R era autónoma previamente ao AVC. Atualmente, apresenta diminuição de força em ambos os hemisférios (Medical Research Council - Anexo IV), sem aumento de tônus muscular em nenhum dos segmentos mobilizados. Tem, igualmente alteração do equilíbrio estático sentado. A alteração destes parâmetros condiciona a realização dos autocuidados comer e beber, vestir e despir e higiene, mobilidade/transferência e locomoção (score 1 na MIF – Anexo X e score 0 no Índice de Barthel – Anexo IX)

De notar que, para estabelecer um plano de atividades com limites de esforço seguros para a pessoa, foi aplicada a Escala de Borg Modificada – Avaliação da perceção subjetiva do esforço. Esta foi aplicada em atividades como mobilizações ativas e ativas resistidas, atividades terapêuticas e treino de Atividades de Vida Diária.

Exercícios/Atividades/Intervenções	18/10
Exercícios de reeducação dos músculos faciais e fonação (10 minutos)	1
Mobilizações passivas membro superior direito (10 repetições cada segmento)	0,5
Mobilizações ativas e ativas resistidas hemisfério direito (10 repetições cada segmento)	4
Mobilizações ativas e ativas resistidas hemisfério esquerdo ((10 repetições cada segmento)	3
Rolar (5 repetições para cada lado)	3
Facilitação cruzada (5 repetições)	2
Ponte (5 repetições)	4
Rotação controlada da anca (5 repetições para cada lado)	2
Automobilizações (5 repetições)	3

Quadro 5 – Avaliação tolerância à atividade

Dor: referiu dor tipo pontada, na articulação escapulo-umeral direita aquando da mobilização passiva, que referiu ser de nível 3 (Escala Numérica da Dor). Dor alivia quando o membro superior fica em repouso.

Sono e Repouso: a Sra. J.R. apresenta um padrão de sono e repouso regular. Refere que este não se modificou com a sua atual situação

2.2.5. Manutenção do equilíbrio entre solidão e a interação social

A Sra. J.R., pelo seu grau de dependência (Score 30 no Índice de Barthel – Anexo IX), decorrente do AVC, não pode deslocar-se para outra divisão da casa ou para o seu exterior, o que restringe a sua vida social. Contudo, recebe frequentemente visitas de amigos e familiares.

De referir que, as alterações ao nível da memória e linguagem, condicionam a sua interação social, levando a sentimentos de tristeza, ansiedade e frustração.

Por outro lado, esta situação provocou alteração nos papéis familiares, isto é, o seu marido viu-se obrigado a assumir o papel de cuidador, para além de todas as responsabilidades domésticas e financeiras. Desta forma, é notória a alteração ao nível dos processos familiares.

2.2.6. Prevenção dos riscos para a vida humana, para o funcionamento humano e para o bem-estar humano

A Sra. J.R. não tem historial de quedas nos últimos 3 meses. Pela incapacidade de marcha, não é possível aplicar o Timed Up and Go Test.

Apresenta alto risco de desenvolver úlcera de pressão, tendo-se aplicado a Escala de Braden – score total de 13 (Anexo VII). Atualmente, pele íntegra.

3. PLANO DE CUIDADOS

Neste seguimento e, perante a Avaliação Inicial realizada, procede-se ao levantamento dos Diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação (com recurso à Taxonomia da NANDA) e, posteriormente, ao planeamento de Intervenções de Enfermagem de Reabilitação e Avaliação dos seus resultados.

Desta forma, determinaram-se os seguintes requisitos de autocuidado:

- Memória prejudicada relacionada com AVC, manifestada por défice cognitivo (MMSE – Anexo II e NIHSS – Anexo III)
- Comunicação verbal prejudicada relacionada com parésia facial central esquerda menor, manifestada por disartria leve a moderada (NIHSS – Anexo III)
- Estado emocional comprometido relacionado com situação de dependência, manifestado por ansiedade
- Mobilidade física prejudicada relacionada com AVC, manifestada por:
 1. força muscular grau 0 e 1 no membro inferior direito e grau 4 no hemicorpo esquerdo
 2. Alteração do equilíbrio estático sentado
- Capacidade de transferência prejudicada relacionado com AVC, manifestado por força muscular grau 0 e 1 no membro inferior direito e grau 4 no hemicorpo esquerdo
- Dor aguda na articulação escapulo-umeral direita relacionada com AVC, manifestada por dor moderada à mobilização
- Défice no autocuidado para alimentação relacionado com AVC, manifestado por força grau 0 no membro superior direito
- Défice no autocuidado para banho relacionado com AVC, manifestado por força muscular grau 0 no membro superior direito, grau 0 e 1 no membro inferior direito e grau 4 no hemicorpo esquerdo
- Défice no autocuidado para vestir-se relacionado com AVC, manifestado por força muscular grau 0 no membro superior direito, grau 0 e 1 no membro inferior direito e grau 4 no hemicorpo esquerdo
- Alto risco de lesão por pressão relacionado com dependência grave

- Processos familiares comprometidos relacionado com o AVC, manifestado por insegurança e desconhecimento sobre como lidar com a situação

Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Nome: J.R.

Idade: 84 anos

Diagnóstico: AVC isquêmico do bulbo (?)

Antecedentes Pessoais: Hipertensão arterial, fratura colo do fêmur 2012

Diagnóstico de Enfermagem	Objetivo	Intervenções de Enfermagem de Reabilitação	Avaliação
<p style="text-align: center;"><u>4/10/2018</u></p> <p>Memória prejudicada relacionada com AVC, manifestada por déficit cognitivo (MMSE – Anexo II e NIHSS – Anexo III)</p>	<p>Promover a concentração e estimulação da memória</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizando o estado mental, usando o Mini Mental State Exam sempre que se observe alguma alteração • Proporcionando um ambiente calmo, com o mínimo de ruído e distrações • Estimulando a memória imediata e curto prazo questionando sobre dia, mês e anos atuais, última refeição, fornecer uma sequência de números/palavras e pedir para repetir imediatamente e algum tempo após terem sido ditos e recorrendo a objetos familiares (de uso habitual e fotografias da família) 	<p style="text-align: center;"><u>4/10/2018</u></p> <p>Na primeira visita foi aplicado o MMSE, com um resultado de 14 (défice cognitivo – Anexo II), e a NIHSS, com resultado de 19 (Anexo III). Foram constatadas alterações ao nível da orientação, atenção e cálculo e evocação. Notou-se, igualmente, que quando a Sra. J.R. não sabia a resposta, solicitava a ajuda do marido, que respondia prontamente.</p> <p style="text-align: center;"><u>Semana de 8/10 a 15/10</u></p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Chamando a pessoa pelo nome, encorajando-a a manter o foco na atividade que se está a realizar • Comunicando com a pessoa de forma clara, recorrendo a frases curtas e objetivas • Promovendo o envolvimento do cuidador na estimulação da memória • Providenciando material educativo (Guia de exercícios) 	<p>Nas visitas seguintes e, no início das mesmas, a Sra. J.R. era questionada sobre o dia da semana, mês, ano, estação do ano, idade, última refeição realizada, local onde se encontrava, nome dos filhos, netos e bisneto e país onde estes se encontravam. Foi solicitada que identificasse os profissionais de saúde e assistentes operacionais.</p> <p style="text-align: center;"><u>Semana de 15/10 a 29/10</u></p> <p>A Sra. J.R. mencionou que sabia falar espanhol e alemão, pelo que foi incentivada a falar ambas as línguas com os profissionais de saúde e com o seu marido.</p> <p>Foi solicitado ao cuidador que seleccionasse um conjunto de fotos de familiares e conhecidos para que a Sra. J.R. os identificasse diariamente.</p>
--	--	--	--

			<p>O cuidador foi incentivado a realizar estes exercícios diariamente com a Sra. J.R. pelo menos duas vezes por dia. Foi, também, explicado que desse algum tempo para a Sra. J.R. responder e, se esta não fosse capaz, podia ajudar.</p> <p>Em todas as visitas realizadas a sra. J.R. encontrava-se a ver televisão, o que desviava a atenção e diminuía a concentração, pelo que no início das mesmas era questionada se não se importava que a mesma fosse desligada.</p> <p>Foi entregue um Guia de Exercícios (Apêndice II) ao cuidador, que contemplava os exercícios realizados, para que este desse continuidade à estimulação da memória da Sra. J.R.</p>
--	--	--	--

			<p><u>31/10/2018</u></p> <p>Nesta avaliação verificou-se uma melhoria ao nível da orientação, atenção e evocação, visível no resultado obtido através do MMSE – 19 (Anexo II). Também o parâmetro relativo à orientação da NIHSS passou de 2 para 1 (responde corretamente a uma das questões – Anexo III).</p> <p>Conseguiu responder corretamente ao dia da semana, mês e estação do ano, bem como identificar familiares nas fotografias fornecidas e fazer referência à sua última refeição.</p> <p>Observou-se que não solicitava, com tanta frequência a ajuda do marido e que este aguardava a resposta, quando esta era mais demorada.</p>
<p><u>4/10/2018</u></p> <p>Comunicação verbal prejudicada relacionada</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover uma comunicação eficaz e adequada 	<ul style="list-style-type: none"> • Gerindo o ambiente físico (diminuir focos de distração) • Encorajando a pessoa a falar • Estimulando a pessoa a repetir a mensagem transmitida em voz alta 	<p><u>4/10/2018</u></p> <p>Da avaliação realizada constatou-se que a Sra. J.R. tinha uma disartria leve a moderada associada a parésia facial central esquerda</p>

<p>com parésia facial central esquerda menor e lesão do XII par craniano, manifestada por disartria leve a moderada (NIHSS – Anexo III)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Melhorar a articulação das palavras • Promover simetria facial • Aumentar a força da musculatura facial • Maximizar as capacidades da pessoa para a comunicação • Facilitar a comunicação entre o cuidador e a pessoa promovendo comportamentos de apoio facilitadores da comunicação 	<ul style="list-style-type: none"> • Não interrompendo enquanto a pessoa está a comunicar • Minimizando os sentimentos de frustração quando a pessoa percebe que não consegue transmitir a mensagem • Incentivando a pessoa a conversar pausadamente, pronunciando uma palavra de cada vez, recorrendo a frases curtas, repetindo a mensagem quando esta não é perceptível e corrigir a articulação das palavras, se necessário • Fazendo questões que possam ser respondidas com “sim” e “não” • Ensinando, instruindo, treinando e incentivando a pessoa a realizar exercícios de reeducação da musculatura facial (unir sobrancelhas, enrugando a testa, elevar sobrancelhas, fechar os olhos abruptamente, sorrir, mostrar os dentes, assobiar, encher a boca de ar, depressão do lábio inferior, estalar os lábios, lateralizar e retrair os lábios, beber por uma palhinha) e exercícios de fonação (tossir, pigarrear, riso, protusão e 	<p>menor (Anexo III) e lesão do XII par craniano (hipoglosso – desvio da língua ipsilateral).</p> <p>A sra. J.R. comunicava ao seu ritmo, não se apercebendo da alteração na articulação das palavras, o que dificultava a comunicação com o marido, que frequentemente pedia para a Sra. J.R. para repetir a mensagem, levando a que a mesma se sentisse frustrada.</p> <p style="text-align: center;"><u>Semana de 8/10 a 15/10</u></p> <p>Nas vistas seguintes, foi explicado à Sra. J.R. que o episódio de AVC tinha provocado alterações na sua fala, levando a alguma dificuldade na compreensão. Foi solicitado que tentasse falar mais pausadamente, articulando uma palavra de cada vez.</p> <p>Ao cuidador foi explicado que mantivesse, inicialmente, um discurso simples e, que procurasse fazer questões de “sim” e “não”.</p>
---	---	---	--

		<p>elevação da língua, emitir la la la, ca ca ca, pa pa pa, a a a a, bocejar e suspirar) em frente ao espelho</p> <ul style="list-style-type: none"> • Providenciando material educativo (Guia de exercícios) • Valorizando os progressos alcançados e dando reforço positivo • Ensinando o cuidador sobre como comunicar e incentivar a pessoa a expressar-se 	<p>Durante a primeira semana, foram executados exercícios de reeducação da musculatura facial e de fonação diariamente, durante 10 minutos, em frente ao espelho (pedido ao cuidador para comprar)</p> <p><u>Semana de 15/10 a 22/10</u></p> <p>O cuidador foi ensinado sobre como ajudar a Sra. J.R. a realizar estes exercícios (10 minutos, 2 vezes por dia, em frente ao espelho). Incentivado a encorajar a Sra. J.R. a realizar os exercícios.</p> <p>Foi entregue um Guia de Exercícios (Apêndice II) ao cuidador, que contemplava os exercícios realizados.</p> <p>Solicitado ao cuidador que demonstrasse como realizava os exercícios de reeducação</p>
--	--	---	--

			<p>da musculatura facial e de fonação com a Sra. J.R.</p> <p><u>Semana de 12/10 a 29/10</u></p> <p>O cuidador ajudou a Sra. J.R a realizar todos os exercícios, tendo corrigido e incentivado a Sra. J.R. quando os exercícios não eram executados corretamente.</p> <p><u>31/10/2018</u></p> <p>Mantém parésia facial central esquerda menor e disartria leve a moderada, avaliadas através da escala de NIHSS (Anexo III). Contudo, observa-se que a Sra. J.R. comunica mais pausadamente, esforçando-se para articular melhor as palavras.</p>
<p><u>4/10/2018</u></p> <p>Estado emocional comprometido relacionado com situação de</p>	<p>Melhorar a autoestima face à sua atual condição de saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionando um ambiente calmo e tranquilo • Demonstrando disponibilidade para ouvir/escuta ativa 	<p><u>4/10/2018</u></p> <p>A análise da avaliação inicial e o estabelecimento de uma relação de empatia com a Sra. J.R. e seu cuidador, constatou-se</p>

dependência, manifestado por ansiedade		<ul style="list-style-type: none"> • Incentivando a pessoa a expressar as suas preocupações e sentimentos, procurando estabelecer uma relação de empatia • Promovendo aceitação do seu estado de saúde • Respondendo de forma simples e objetiva às suas dúvidas • Estabelecendo objetivos reais e concretizáveis • Elogiando as pequenas conquistas durante o processo de reabilitação • Incentivando a realização dos exercícios propostos, com vista uma maior autonomia • Encorajando o envolvimento do cuidador nos cuidados 	<p>que as alterações decorrentes do AVC tiveram repercussões no seu estado emocional e autoestima. Desta forma, a Sra. J.R. demonstra frustração face às alterações na comunicação e dificuldade na percepção, tristeza por não conseguir sair do leito e pela perda de autonomia – estando sempre dependente dos outros.</p> <p style="text-align: center;"><u>Semana de 8/10 a 29/10</u></p> <p>O planeamento do processo de reabilitação com a envolvência da Sra. J.R. e do seu marido, o estabelecimento de objetivos a curto prazo e concretizáveis, bem como, a sua execução, tendo em consideração as suas necessidades e expectativas, contribuiu para que, ao longo deste percurso a Sra. J.R. fosse tomando consciência das suas capacidades e limitações</p>
--	--	--	---

			<p>Em todas as visitas a Sra. J.R. foi incentivada para a realização dos exercícios e elogiada a sua execução e pequenas conquistas alcançadas durante o processo de reabilitação. A Sra. J.R. foi-se mostrando cada vez mais interessada e motivada na realização dos exercícios.</p> <p>Durante este processo, promoveu-se a envolvimento do cuidador, nomeadamente nos autocuidados, na estimulação da memória, na realização dos exercícios de reeducação da musculatura facial e fonação e nas mobilizações assistidas e ativas resistidas. A sua participação demonstrou ser de extrema importância pela sua atitude encorajadora, de otimismo e apoio quando a Sra. J.R. se encontrava mais renitente</p> <p><u>31/10/2010</u></p>
--	--	--	--

			<p>Este percurso de reabilitação teve alguns ganhos, particularmente o ser capaz de comer autonomamente (com o membro superior esquerdo), realizar a higiene da face, lavar os dentes e pentear, vestir e despir com ajuda mínima e a transferência para cadeira de rodas, que apesar de ser totalmente dependente, lhe permite sair do leito e deslocar-se até à cozinha, varanda e quintal (um dos seus principais objetivos)</p> <p>Globalmente apresenta melhoria do seu estado emocional, porém tem momentos em que expressa tristeza e saudosismo face à sua condição anterior ao AVC.</p>
<p><u>4/10/2018</u></p> <p>Mobilidade física prejudicada relacionada com AVC, manifestada por:</p> <ul style="list-style-type: none"> força muscular grau 0 e 1 no membro 	<ul style="list-style-type: none"> Promover a recuperação da mobilidade adequada às expetativas e ao potencial de recuperação 	<ul style="list-style-type: none"> Monitorizando a força muscular (<i>Medical Research Council</i>), o tónus muscular (Escala de <i>Ashworth</i> Modificada) e o equilíbrio (Escala de Berg) sempre que se observe alguma alteração Monitorizando a tolerância aos exercícios e atividades, aplicando a escala de Borg (Anexo I) 	<p><u>4/10/2018</u></p> <p>A alteração da mobilidade decorrente do AVC constitui-se como o maior e mais importante desafio para a Sra. J.R., cuja expectativa inicial face à reabilitação era “sair da cama” (SIC)</p>

<p>inferior direito e grau 4 no hemicorpo esquerdo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alteração do equilíbrio estático sentado <p>Capacidade de transferência prejudicada relacionado com AVC, manifestado por força muscular grau 0 e 1 no membro inferior direito e grau 4 no hemicorpo esquerdo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenir alterações musculoesqueléticas <ul style="list-style-type: none"> • Conservar a amplitude articular e manter a integridade das estruturas osteoarticulares • Recuperar ou aumentar o grau de força muscular <ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer musculatura para assumir posição sentada • Prevenir e inibir a instalação da espasticidade e suas complicações <ul style="list-style-type: none"> • Estimular sensibilidade propriocetiva e movimentos no hemicorpo direito 	<ul style="list-style-type: none"> • Encorajando a participação da pessoa e do cuidador nos exercícios e na realização das AVD • Executando técnica de posicionamento em padrão antiespástico • Incentivando, ensinando e treinando a pessoa e seu cuidador relativamente aos posicionamentos em padrão antiespástico (decúbito dorsal, decúbito lateral para o lado afetado e decúbito lateral para o lado menos afetado) e sua importância • Realizando mobilizações passivas e ativas-assistidas em todos os segmentos do hemicorpo direito: 1 sessão de 10 repetições • Executando mobilizações ativas resistidas (garrafa de água de 33cl) no membro superior esquerdo: 1 sessão de 10 repetições de movimentos de flexão extensão do cotovelo, circundação, pronação supinação, desvio cubital, flexão extensão dos dedos com adução e abdução e oponência do polegar. • Executando mobilizações ativas resistidas no membro inferior esquerdo: 1 sessão de 10 	<p>A intensidade e quantidade de exercícios realizados foram de acordo com a tolerância (escala de Borg – Anexo I) e disposição da Sra. J.R.</p> <p style="text-align: center;"><u>Semana de 8/10 a 29/10</u></p> <p>Em cada visita e, antes de iniciar qualquer intervenção, foi efetuada uma breve abordagem sobre os exercícios programados, tendo em consideração a decisão da pessoa, o que possibilitou a participação ativa nos exercícios previstos, permitindo que as intervenções planeadas fossem concretizadas</p> <p>A importância dos posicionamentos em padrão antiespástico e a alternância dos decúbitos foram bem apreendidos pelo cuidador, sendo que a posição preferencialmente adotada pela Sra. J.R. era o decúbito dorsal. Contudo, em todas as</p>
---	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> Integrar os membros afetados do hemicorpo direito no esquema corporal <ul style="list-style-type: none"> Reeducar mecanismo reflexo-postural Reeducar o equilíbrio estático sentado 	<p>repetições de movimentos de rotação interna e externa da coxofemoral, flexão e extensão do joelho e dorsiflexão e flexão plantar</p> <ul style="list-style-type: none"> Executando exercícios de equilíbrio estático sentado: sentar a pessoa na cama, com as mãos de cada lado, suportando o peso do corpo e mantendo-se em equilíbrio Realizando atividades terapêuticas: facilitação cruzada, rolar para o lado afetado (direito) e menos afetado, ponte, rotação controlada da anca, automobilizações Executando técnica de transferência da pessoa para a cadeira de rodas. Após estar sentada, incentivando a pessoa a ter uma postura correta, com a ajuda de uma superfície de trabalho; colocando o membro superior direito em padrão anti-espástico. Incentivando a pessoa a executar exercícios de adução e abdução com os dedos do membro superior direito e automobilizações Ensinando e treinando as assistentes operacionais sobre técnica de transferência para cadeira de rodas 	<p>visitas realizadas era notória a preocupação da colocação das almofadas de forma a prevenir o padrão espástico</p> <p>As mobilizações passivas foram executadas, nas duas primeiras semanas, no membro superior direito e membro inferior direito. As mobilizações ativas assistidas e ativas resistidas foram executadas em ambos os hemicorpos</p> <p>Relativamente ao treino de equilíbrio, é de salientar que, sempre que a Sra. J.R. assumia a posição sentada, iniciava um quadro de náuseas e vômitos (estes últimos 1h após o levantar). Avaliada tensão arterial antes e após o levantar (antes: 160/70 mmHg, imediatamente após: 150/60mmHg, 15 minutos após 150/70mmHg)</p> <p>Esta situação foi comunicada à sua médica de família a 25/10, que instituiu beta-histina.</p>
--	--	---	--

		<ul style="list-style-type: none"> • Executando exercícios de alongamento • Promovendo a adequação da disposição do mobiliário no quarto • Incentivando e ensinar a pessoa e seu cuidador para realização de alguns exercícios de mobilização: mobilizações passivas de todos os segmentos do hemicorpo direito, mobilizações ativas-resistidas hemicorpo esquerdo, automobilizações, facilitação cruzada, ponte e rotação controlada da anca • Providenciando material educativo (Guia de exercícios) 	<p>Efetuada primeiro levante a 30/10, sem intercorrências.</p> <p>No que respeita à transferência, o Sra. J.R. necessita de uma pessoa para ajudar (escala de Berg – Anexo IV). Tendo em conta que, o cuidador, não tem capacidade física para executar esta técnica, optou-se por abordar esta técnica com as assistentes operacionais que se deslocam ao domicílio. Estas mostraram-se recetivas à informação com execução correta dos procedimentos.</p> <p>A disposição do mobiliário do quarto foi otimizada, colocando-se a mesa de cabeceira do lado afetado (direito). Incentivou-se, igualmente, o cuidador a abordar a Sra. J.R. pelo lado direito</p> <p style="text-align: right;"><u>31/10/2018</u></p> <p>A avaliação da força e tônus muscular encontra-se descrita no anexo VII e,</p>
--	--	--	---

			<p>comparativamente com a avaliação inicial da força muscular, observam-se os seguintes ganhos nos membros afetados:</p> <p><u>Cabeça e pescoço:</u></p> <p>Força grau 3 para grau 4 (flexão e extensão)</p> <p>Força de grau 2 para grau 3 (flexão lateral direita)</p> <p>Força de grau 2 para grau 3 (rotação)</p> <p><u>Membro superior direito</u></p> <p>Cotovelo: força de grau 0 para grau 3 (flexão e extensão)</p> <p>Antebraço: força de grau 0 para grau 2 (supinação e pronação)</p> <p>Punho: força de grau 0 para grau 3 (flexão palmar), força de grau 0 para grau 2 (dorsiflexão), força de grau 0 para grau 1 (desvio radial e cubital e circundação)</p>
--	--	--	---

			<p>Dedos: força de grau 0 para grau 3 (flexão), força de grau 0 para grau 2 (extensão, adução e abdução)</p> <p><u>Membro inferior direito</u></p> <p>Coxo-femural: força de grau 0 para grau 2 (flexão, extensão, adução e abdução, rotação interna e externa)</p> <p>Joelho: força de grau 1 para grau 3 (flexão e extensão)</p> <p>Tibio-társica: força de grau 1 para grau 2 (flexão plantar e dorsi-flexão) e força de grau 0 a grau 1 (inversão e eversão)</p> <p>Dedos: força de grau 0 a grau 1 (flexão, extensão, adução e abdução)</p> <p>Relativamente ao tônus muscular, observa-se ausência do aparecimento de espasticidade</p>
--	--	--	---

			<p>Quanto ao equilíbrio é notória uma melhoria a nível do equilíbrio estático sentado (escala de Berg, score total de 3 – Anexo IV).</p> <p>Globalmente, a Sra. J.R. apresenta melhoria da mobilidade traduzindo-se no aumento da força muscular no hemicorpo afetado e no equilíbrio estático sentado</p>
<p><u>4/10/2018</u></p> <p>Dor na articulação escapulo-umeral direita relacionada com AVC, manifestada por dor moderada (grau 3) à mobilização</p> <p><u>25/10/2018</u></p> <p>Dor na região cervical relacionada com</p>	<p>Diminuir o nível de dor aquando da mobilização articular</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliando e monitorizando a dor com recurso à Escala Numérica da Dor, no primeiro contacto com a pessoa e sempre que se observe alguma alteração • Gerindo terapêutica analgésica • Executando técnica de posicionamento em padrão anti-espástico • Posicionando o membro superior direito sobre uma superfície plana (mesa, almofada ou tabuleiro) quando a pessoa se encontrar sentada • Realizando massagem terapêutica e exercícios de mobilização passiva, respeitando a tolerância da pessoa e sua amplitude articular 	<p><u>4/10/2018 a 29/10/2018</u></p> <p>Inicialmente foi necessário recorrer a analgesia tópica, associada a massagem terapêutica e terapia por calor, bem como, posicionamento e mobilização da articulação, com recurso a um tabuleiro de alimentação para apoiar os membros superiores (quando sentado na cadeira de rodas) por dor grau 3.</p> <p>Ensino ao cuidador sobre técnicas de alívio da dor posicionamento e mobilização da</p>

<p>mobilização da cabeça e pescoço, manifestada por dor moderada (grau 3) à mobilização</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Ensinando o cuidador técnicas para alívio da dor: terapia por calor, massagem terapêutica e posicionamento em padrão anti-espástico 	<p>articulação escapulo-umeral e cabeça e pescoço.</p> <p>O cuidador demonstrou autonomia na realização destas técnicas</p> <p><u>31/10/2018</u></p> <p>Melhoria do quadro álgico – dor ligeira (grau 1)</p>
<p><u>4/10/2018</u></p> <p>Défice no autocuidado para alimentação relacionado com AVC, manifestado por força grau 0 no membro superior direito</p> <p>Défice no autocuidado para banho relacionado com AVC, manifestado por força muscular grau 0 no membro</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a recuperação e autonomia no autocuidado alimentar-se, higiene pessoal, ir ao sanitário, vestir e despir e transferir-se; 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizando o autocuidado através da análise das AVD, recorrendo ao Índice de Barthel • Monitorizando a capacidade de participação da pessoa no autocuidado, controlo de esfíncteres, mobilidade, locomoção, comunicação e cognição, através da Medida de Independência Funcional • Incentivando, ensinando e treinando a pessoa para o autocuidado • Ensinando estratégias adaptativas para o autocuidado: 	<p><u>4/10/2018</u></p> <p>Atendendo à avaliação e observação da Sra. J.R. previa-se o comprometimento na participação no seu autocuidado, cuja aplicabilidade do Índice de Barthel se traduz em dependência grave (com pontuação total de 30 – anexo X) e da Medida de Independência Funcional se traduz num score de 56 (pontuação máxima: 126)</p>

<p>superior direito, grau 0 e 1 no membro inferior direito e grau 4 no hemicorpo esquerdo</p> <p>Défice no autocuidado para vestir-se relacionado com AVC, manifestado por força muscular grau 0 no membro superior direito, grau 0 e 1 no membro inferior direito e grau 4 no hemicorpo esquerdo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenir o declínio funcional 	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivando a pessoa a alimentar-se usando a mão esquerda (menos afetada), usando pratos côncavos e material antiderrapante debaixo do prato; usando uma garrafa de água para beber água • Incentivando a pessoa a realizar autocuidados como pentear, lavar a face, colocar creme e lavar os dentes com o membro superior esquerdo, enquanto se vê ao espelho • Ensinando a pessoa e o cuidador sobre o autocuidado vestir-se e características do vestuário: o hemicorpo direito é o primeiro a vestir e o último a despir e as roupas devem ser largas, com elasticidade, com elásticos, velcro ou fecho. • Promovendo o envolvimento do cuidado na assistência e supervisão do autocuidado • Valorizando os pequenos progressos 	<p><u>Semana de 8/10 a 29/10</u></p> <p>No que diz respeito à higiene pessoal, nomeadamente ao banho e toilete, a Sra. J.R é dependente (score 0 – Índice de Barthel: anexo X), necessitando de ajuda total (score 1 - MIF – anexo XI)</p> <p>A Sra. J.R. foi incentivada a realizar a sua toilete (lavar a face, lavar os dentes, pentear-se) com o membro superior esquerdo, com ajuda de um espelho. Gradualmente foi ficando autónoma na realização destas atividades (score 5 – anexo X). Contudo, para o banho manteve-se dependente visto que não consegue realizar mais de 25% do esforço (anexo XI), ou seja, não consegue lavar as costas, membro superior direito e membros inferiores.</p> <p>Quanto ao autocuidado vestir e despir, a Sra. J.R. era dependente (score 0 – anexo X).</p>
---	---	--	---

			<p>Efetuada ensino sobre o autocuidado vestir e despir à Sra. J.R. e seu cuidador e incentivada a realizar o mesmo, ficando esta cada vez mais autónoma nesta técnica fazendo cerca de 25-50% do esforço – ajuda máxima (anexo XI)</p> <p>Relativamente ao comer e beber a Sra. J.R. era, igualmente, dependente (score 0 – Anexo X), sendo substituída pelo cuidador. Foi incentivada a comer e beber usando o membro superior esquerdo. Procurou-se arranjar alternativas para facilitar a alimentação (uso de pratos côncavos e tapete antiderrapante debaixo do prato, uso de tabuleiro de alimentação). Neste sentido, a sua participação neste autocuidado foi aumentando gradualmente, passando a realizar cerca de 50-75% do esforço (anexo XI)</p>
--	--	--	---

			<p>Para a utilização da casa de banho a Sra. J.R. é dependente (score 0 – anexo X), necessitando de ajuda máxima (anexo XI). Mantém-se dependente ao longo do processo de reabilitação visto que o seu cuidador não tem capacidade física para levantar a Sra. J.R.</p> <p>A promoção da envolvimento do cuidador nos cuidados de higiene, no treino vestir e despir e comer e beber, tendo como objetivo a maximização das capacidades da Sra. J.R. e, a capacitação do cuidador para a continuidade da prestação de cuidados foi fundamental para a adaptação a esta nova fase</p> <p style="text-align: right;"><u>31/10/2018</u></p> <p>Da avaliação global dos autocuidados, verifica-se que a pessoa transitou de uma dependência grave (score total de 30) para</p>
--	--	--	---

			uma dependência moderada (score total 40 – Anexo X). Quanto à sua participação nos mesmos, esta também aumentou (score 62 – Anexo XI)
<p><u>4/10/2018</u></p> <p>Alto risco de lesão por pressão relacionado com dependência grave</p>	<p>Manter integridade cutânea</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizando risco de úlcera de pressão através da Escala de Braden, no primeiro contacto com a pessoa e sempre que se observe alguma alteração • Mantendo pele e mucosas hidratadas • Vigiar sinais de úlcera de pressão • Registrando alterações cutâneas • Incentivando a participação da pessoa e envolvimento do cuidador para a alternância de decúbitos, massagem e hidratação cutâneas • Utilizando dispositivos auxiliares de alívio de pressão 	<p><u>4/10/2018</u></p> <p>Pela observação física do estado da pele da Sra. J.R. constata-se que apresenta pele hidratada e íntegra, sem sinais de pressão</p> <p><u>Semana de 8/10 a 22/10</u></p> <p>Foi ensinada e incentivada a alternar decúbitos, procurando-se envolver o cuidador nesta intervenção</p> <p>A Sra. J.R. já tinha um colchão de pressão alterna.</p> <p><u>Semana de 22/10 a 29/10</u></p>

			<p>A Sra. J.R. posiciona-se autonomamente para o lado afetado e pede ajuda ao cuidador para a posicionar para o lado menos afetado.</p> <p>O cuidador coloca corretamente as almofadas e verifica o alinhamento corporal.</p> <p style="text-align: center;"><u>31/10/2018</u></p> <p>Analisando os resultados da escala de Braden (anexo VIII) constata-se que a Sra. J.R. apresentava, inicialmente, alto risco para desenvolver úlcera de pressão, com um score de 13. Com evolução da sua recuperação, mantém-se com alto risco, no entanto, o score total é de 15.</p>
<p style="text-align: center;"><u>4/10/2018</u></p> <p>Processos familiares comprometidos relacionado com o AVC, manifestado por insegurança e</p>	<p>Preparar o familiar para assumir o papel de cuidador, de forma a conseguir responder às</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionando situações que permitam a participação do cuidador durante o processo de reabilitação • Conhecendo e identificando as preocupações e dúvidas do cuidador 	<p style="text-align: center;"><u>4/10/2018</u></p> <p>Numa primeira visita constatou-se que o principal cuidador da Sra. J.R. era o marido (familiares no estrangeiro), que demonstrou</p>

desconhecimento sobre como lidar com a situação	necessidades da pessoa	<ul style="list-style-type: none"> • Adequando os ensinios às necessidades identificadas • Incentivando, ensinando e treinando o cuidador, capacitando-o para manter a continuidade dos cuidados • Avaliando os ensinios realizados ao cuidador • Elaborar um guia de cuidados que aborde as necessidades identificadas 	<p>preocupação com a atual situação de dependência da sra. J.R.</p> <p>No início do acompanhamento da pessoa e seu cuidador detetou-se a falta de conhecimento do cuidador face às necessidades da Sra. J.R. decorrentes do AVC, pelo que foi aplicado um plano de avaliação dos ensinios efetuados (anexo XII) ao mesmo</p> <p style="text-align: center;"><u>Semana de 8/10 a 29/10</u></p> <p>Foram abordadas temáticas relacionadas com o AVC, desde definição, prevenção, sinais de alerta e alterações decorrentes do mesmo. Deu-se ênfase aos exercícios de estimulação da memória e comunicação, exercícios de reeducação da musculatura facial e fonação, posicionamento em padrão anti-espástico, exercício de mobilização passiva do membro superior direito e</p>
---	------------------------	---	--

			<p>exercícios ativos resistidos do hemicorpo esquerdo e, ainda, atividades terapêuticas. Relativamente ao autocuidado, foi desenvolvido os cuidados como o comer e beber, higiene pessoal e vestir e despir</p> <p>Tendo por base as necessidades identificadas, optou-se pela elaboração de um guia de exercícios (anexo XIII)</p> <p>Com o conhecimento adquirido, a observação da demonstração da prestação de cuidados, bem como execução dos mesmos, possibilitou a capacitação do cuidador para a continuidade de cuidados</p> <p><u>31/10/2018</u></p> <p>O cuidador demonstra capacidade no incentivo, execução e retificação das intervenções ensinadas. (Anexo XI)</p>
--	--	--	---

Quadro 6 – Plano de Cuidado

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os cuidados da enfermagem de reabilitação visam a prestação de cuidados à pessoa com necessidades especiais, ao longo de todo o seu ciclo vital. Neste sentido, o EEER deve dotar-se de um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos, que lhe permitam realizar diagnósticos, identificando as necessidades das pessoas impossibilitadas de executar atividades básicas independentemente, conceber e executar planos especializados, através do desenvolvimento e implementação de ações autónomas ou multidisciplinares, com o objetivo de maximizar as capacidades funcionais da pessoa e minimizar impacto das suas incapacidades, promovendo o desenvolvimento pessoal.

Neste contexto, o presente Estudo de Caso procura espelhar o desenvolvimento de uma prática especializada de enfermagem de reabilitação. Inicialmente, através da avaliação e monitorização da Sra. J.R. com recurso a escalas, nomeadamente as utilizadas na instituição e outras consultadas para possibilitar uma avaliação mais pormenorizada e precisa das alterações decorrentes do AVC. Posteriormente, esta avaliação permitiu estabelecer e definir intervenções específicas que respondessem às necessidades e expectativas da sra. J.R. Este processo traduziu-se numa melhoria das capacidades funcionais da sra. J.R., nomeadamente:

- orientação, atenção e evocação, visível no resultado obtido através do MMSE – 19 (Anexo II). Também o parâmetro relativo à orientação da NIHSS passou de 2 para 1 (responde corretamente a uma das questões – Anexo III).
- mobilidade traduzindo-se num aumento da força muscular no membro superior e inferior direito e no equilíbrio estático sentado
- maior participação na realização das atividades de vida diária comer e beber, higiene e vestir e despir, passando de uma ajuda total para ajuda máxima ou moderada (MIF – Anexo X). Quanto ao seu grau de dependência, passou de grave a moderado (Índice de Barthel – Anexo IX)

É, também, importante fazer referência ao papel da família como um parceiro essencial no processo de reabilitação. Neste contexto, o prestador de cuidados viu-se obrigado a adaptar-se a uma situação de dependência e, por isso, a adquirir novos conhecimentos, competências e habilidades que lhe permitissem gerir esta nova

etapa. Assim, a atuação do EEER deve não só ser dirigida à pessoa dependente, mas também ao seu cuidador.

Desta forma, procurou-se perceber junto do marido da Sra. J.R. quais as suas necessidades de aprendizagem e quais as suas capacidades, de forma a conceber um plano de ensinamentos/estratégias adequados. No fim de todo este processo, considera-se que este objetivo foi conseguido, tendo o marido da Sra. J.R. demonstrado conhecimentos relativamente à estimulação da memória e comunicação, mobilização, promoção do autocuidado, prevenção e alívio da dor e prevenção de úlceras de pressão (Apêndice I).

Concluindo, é possível afirmar que a realização deste Estudo de Caso permitiu o desenvolvimento de competências específicas de EEER ao permitir desenvolver e aprofundar conhecimentos acerca da função motora, avaliar a funcionalidade e diagnosticar alterações que limitem a atividade, através do uso de escalas para recolher informação pertinente, avaliar a capacidade da pessoa para realizar as AVD e identificar as necessidades de intervenção para reeducar a função motora, cognitiva, da alimentação e da realização das AVD. Possibilitou a conceção e implementação de planos com vista a redução do risco de alteração da funcionalidade a nível motor, cognitivo e da alimentação, através da elaboração de programas de reeducação funcional motora, cognitiva e treino de AVD. Por outro lado, com vista a continuidade de cuidados, estes planos foram elaborados em conjunto com pessoa e seu cuidador, tendo sido ensinadas técnicas específicas de autocuidado, com recurso a produtos de apoio. Por fim, foi possível avaliar os resultados dos planos implementados e observar os ganhos em saúde obtidos (OE, 2010).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Heart Association (2013). An Updated Definition of Stroke for the 21st Century A Statement for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 44:2064-2089

Balami, J., Chen, R., Buchan, A. (2013). Stroke syndromes and clinical management. The Quarterly journal of medicine Association of Physicians of Great Britain and Ireland. Vol. 106, pp. 607–615

Boehme, A., Esenwa, C., Elkind, M. (2016). Stroke Risk Factors, Genetics, and Prevention. In *Circulation Research Compendium on Stroke*. American Heart Association

Direção Geral de Saúde (2010). *Acidente Vascular – Itinerários Clínicos*. Lisboa: Lidel

European Stroke Organization (2008). Guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack 2008.

Feigin, V., Norrving, B., Mensah, G. (2016). Global Burden of Stroke. In *Circulation Research Compendium on Stroke*. American Heart Association

Go, A., et al. (2014). Executive summary: heart disease and stroke statistics–2014 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 129(3):399–410.

Gan, R., Noronha, A. (1993). The medullary vascular syndromes revisited. The Journal of Neurology. Vol. 242, pp. 195-202

Leal, F. (2001). *Intervenção de Enfermagem no Acidente Vascular Cerebral*. In *Enfermagem em Neurologia*. Formasau. Coimbra

Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I., Vieira, C. (2012). *Reabilitar a Pessoa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusodidacta

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

World Health Organization. (1978). *Cerebrovascular disorders: a clinical and research classification*. Geneva: World Health Organization

ANEXOS

ANEXO I – Escala de Borg Modificada

Exercícios/Atividades/Intervenções	18/10	31/10
Exercícios de reeducação dos músculos faciais e fonação (10 minutos)	1	0,5
Mobilizações passivas membro superior direito (10 repetições cada segmento)	0,5	0
Mobilizações ativas e ativas resistidas hemicorpo direito (10 repetições cada segmento)	4	3
Mobilizações ativas e ativas resistidas hemicorpo esquerdo ((10 repetições cada segmento)	3	3
Rolar (5 repetições para cada lado)	3	2
Facilitação cruzada (5 repetições)	2	1
Ponte (5 repetições)	4	3
Rotação controlada da anca (5 repetições para cada lado)	2	2
Automobilizações (5 repetições)	3	2
Transferência cadeira de rodas	4	3
Autocuidado vestir e despir	-	2
Autocuidado higiene (lavar a face, os dentes e pentear)	-	2
Autocuidado comer e beber	-	2

0	Nenhuma
0,5	Muito, muito leve
1	Muito leve
2	Leve
3	Moderada
4	Pouco intensa
5	Intensa
6	
7	Muito intensa
8	
9	Muito, muito intensa
10	Máxima

Fonte: file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/Avaliacao_do_uso_da_Escala_Modificada_de_Borg_na_c.pdf

ANEXO II – Mini Mental State Exam (MMSE)

Mini Mental State Examination (MMSE)		4/10	31/10
Orientação (1 ponto por cada resposta correta)	Em que ano estamos? 2006	Nota: 0	Nota: 3
	Em que mês estamos? Junho		
	Em que dia do mês estamos? 3		
	Em que dia da semana estamos? Sexta		
	Em que estação do ano estamos? Primavera		
	Em que país estamos? Portugal	Nota: 5	Nota: 5
	Em que distrito vive? Setúbal		
	Em que terra vive? Montijo		
	Em que casa estamos? Na minha		
	Em que andar estamos? Rés do chão		
Retenção (contar 1 ponto por cada palavra corretamente repetida)	"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor". Pêra Gato Bola	Nota: 3	Nota: 3
3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas.	"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar". 27_ 24_ 21 _ 18_ 15_	Nota: 0	Nota: 0

Parar ao fim de 5 respostas)			
Evocação (1 ponto por cada resposta correta.)	"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar". Pêra Gato Bola	Nota: 0	Nota: 1
Linguagem (1 ponto por cada resposta correta)	a) "Como se chama isto? Mostrar os objetos: Relógio Lápis	Nota: 2	Nota: 2
	b) "Repita a frase que eu vou dizer: "O RATO ROEU A ROLHA"	Nota: 1	Nota: 1
	c) "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão esquerda, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos. Pega com a mão esquerda; Dobra ao meio; Coloca onde deve	Nota: 2	Nota: 3
	d) "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.	Nota: 1	Nota: 1
	e) "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação. (Utente previamente dextra. Não consegue escrever com a mão esquerda)	Nota: 0	Nota: 0
6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correta.)	Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.	Nota: 0	Nota: 0

	(Utente previamente dextra. Não consegue escrever com a mão esquerda)		
TOTAL (Máximo 30 pontos):		14	19

Considera-se com défice cognitivo:

- Analfabetos ≤ 15 pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22
- Com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

ANEXO III – Escala de NIHSS

Instruções	Definição da escala	Pontuação	
		4/10	31/10
<p>1a. Nível de Consciência: o examinador deve escolher uma resposta, mesmo que a avaliação completa seja prejudicada por obstáculos como curativo ou tubo orotraqueal, barreiras de linguagem ou traumatismo. Um 3 é dado apenas se o paciente não fizer nenhum movimento em resposta à estimulação dolorosa, para além de respostas reflexas</p>	<p>0 - Acordado: responde corretamente</p> <p>1 – Sonolento, mas acorda com um pequeno estímulo, obedece, responde ou reage</p> <p>2 – Estuporoso: acorda com estímulo forte, requer estimulação repetida ou dolorosa para realizar movimentos (não estereotipados)</p> <p>3 – Comatoso: apenas respostas reflexas motoras ou automáticas, ou sem qualquer tipo de resposta</p>	0	0
<p>1b. NDC Questões: o paciente é questionado sobre mês e idade. A resposta deve ser correta – não se valorizam respostas aproximadas. Pacientes com afasia ou estupor que não compreendam as perguntas têm 2. Pacientes incapazes de falar por tubo ou traumatismo orotraqueal, disartria grave ou qualquer causa, barreiras de linguagem ou qualquer outro problema não secundário a afasia receberão 1. É importante considerar apenas a resposta inicial e que o examinador não “ajude” o paciente com dicas verbais ou não verbais.</p>	<p>0 – Responde ambas as questões corretamente</p> <p>1 – Responde a uma questão corretamente</p> <p>2 – Não responde a nenhuma questão corretamente</p>	2	1
<p>1c. NDC Ordens: o paciente é solicitado a abrir e fechar os olhos e depois abrir e fechar a mão não parética. Substitua por outro comando de um único passo se as mãos não puderem ser utilizadas. Devemos valorizar uma tentativa inequívoca, ainda que não completada devido à fraqueza muscular. Se o paciente não responde à ordem, a tarefa deve ser demonstrada usando gestos e o resultado registado. Aos pacientes com trauma, amputação ou outro impedimento físico devem ser dadas ordens simples adequadas. Pontue só a primeira tentativa</p>	<p>0 – Realiza ambas as tarefas corretamente</p> <p>1 – Realiza uma tarefa corretamente</p> <p>2 – Não realiza nenhuma tarefa corretamente</p>	0	0
<p>2. Melhor Olhar Conjugado: teste apenas os movimentos oculares horizontais. Os movimentos oculares voluntários ou reflexos (oculocefálicos) são pontuados, mas a prova calórica não é avaliada. Se</p>	<p>0 – Normal</p> <p>1 – Paralisia parcial do olhar conjugado. Esta pontuação é dada quando o olhar é anormal em</p>	0	0

o paciente tem um desvio conjugado do olhar, que é revertido pela atividade voluntária ou reflexa, a pontuação será 1. Se o paciente tem uma parésia de nervo periférico isolada (NC III, IV ou IV), pontue 1. O olhar é testado em todos os pacientes afásicos. os pacientes com trauma ou curativo ocular, cegueira pré-existente ou outro distúrbio de acuidade ou campo visual devem ser testados com movimentos reflexos e a escolha feita pelo examinador. Estabelecer contacto visual e mover-se perto do paciente de um lado para o outro pode esclarecer a presença de paralisia do olhar conjugado.	um ou ambos os olhos, mas não há desvio forçado ou parésia total do olhar conjugado 2- Desvio forçado ou parésia total do olhar conjugado não revertidos pela manobra oculocéfálica		
3. Campos visuais: os campos visuais (quadrantes superiores e inferiores) são testados por confrontação, utilizando contagem de dedos ou ameaça visual, conforme apropriado. O paciente pode ser encorajado, mas basta identificar olhando para o lado em que mexem os dedos para ser considerado normal, se houver cegueira unilateral ou enucleação, os campos visuais no olho restante são avaliados. Pontue 1 apenas se houver uma assimetria clara, incluindo quadrantanópsia. Se o paciente é cego por qualquer causa, pontue 3. A estimulação dupla simultânea é realizada neste momento. Se houver extinção, o paciente recebe 1 e os resultados são usados para responder a questão 11.	0 – Sem défices campimétricos 1 – Hemianópsia parcial 2 – Hemianópsia completa 3 – Hemianópsia bilateral (cego, incluindo cegueira cortical)	0	0
4. Parésia facial: pergunte ou use gestos para encorajar o paciente a mostrar os dentes ou levantar as sobrancelhas e fechar com força os olhos. Pontue a simetria da contração facial em resposta ao estímulo doloroso nos pacientes pouco responsivos ou que não compreendam. Na presença de traumatismo, tubo orotraqueal, adesivos ou outra barreira física que possam esconder a face, estes devem ser removidos, tanto quanto possível.	0 – Movimentos normais simétricos 1 – Paralisia facial minor (apagamento da prega nasolabial, assimetria no sorriso) 2 – Paralisia facial central evidente (paralisia facial inferior total ou quase total) 3 – Paralisia facial completa (ausência de movimentos faciais das regiões superior e inferior de um lado da face)	1	1
5. Membros Superiores: o braço é colocado na posição apropriada: extensão dos braços, palmas para baixo, a 90° se sentado ou 45° se posição supina. Pontue-se a queda do braço quando esta	0 – Sem queda, mantém braço a 90° (ou 45°) por um período de 10 segundos		

<p>ocorre antes de 10 segundos, O paciente afásico é encorajado através de firmeza na voz ou gestos, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, começando no braço não parético. Apenas no caso de amputação ou anquilose do ombro o item poderá ser considerado como não testável (NT), e uma explicação deve ser escrita fundamentando esta escolha.</p>	<p>1 – Queda parcial antes de completar o período de 10 segundos; não chega a tocar na cama ou noutro suporte</p> <p>2 – Algum esforço contra a gravidade: o braço acaba por cair na cama ou noutro suporte antes dos 10 segundos, mas não de forma imediata</p> <p>3 – Nenhum esforço contra a gravidade: o braço cai logo; pousado o membro faz algum movimento</p> <p>4 – Nenhum movimento</p> <p>NT – amputação ou anquilose, explique_____</p> <p>5a. Membro superior esquerdo</p> <p>5b. Membro superior direito</p>	<p>5a. 1</p> <p>5b. 4</p>	<p>5a. 1</p> <p>5b. 3</p>
<p>6. Membros Inferiores: a perna é colocada na posição apropriada: extensão a 30°. Teste sempre em posição supina. Pontue-se a queda da perna quando esta ocorre antes de 5 segundos, O paciente afásico é encorajado através de firmeza na voz ou gestos, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, começando na perna não parético. Apenas no caso de amputação ou anquilose da anca o item poderá ser considerado como não testável (NT), e uma explicação deve ser escrita fundamentando esta escolha.</p>	<p>0 – Sem queda, mantém a perna a 30° por um período de 5 segundos</p> <p>1 – Queda parcial antes de completar o período de 5 segundos; não chega a tocar na cama ou noutro suporte</p> <p>2 – Algum esforço contra a gravidade: a perna acaba por cair na cama ou noutro suporte antes dos 5 segundos, mas não de forma imediata</p> <p>3 – Nenhum esforço contra a gravidade: a perna cai logo; pousado o membro faz algum movimento</p> <p>4 – Nenhum movimento</p> <p>NT – amputação ou anquilose, explique_____</p> <p>6a. Membro inferior esquerdo</p> <p>6b. Membro inferior direito</p>	<p>6a. 1</p> <p>6b. 3</p>	<p>6a. 1</p> <p>6b. 3</p>
<p>7. Ataxia de membros: este item procura evidência de lesão cerebelosa unilateral. Teste com</p>	<p>0 – Ausente</p>	<p>0</p>	<p>0</p>

<p>olhos abertos. No caso de déficit de campo visual, assegure-se que o teste é feito no campo visual intacto. Os testes dedo-nariz e calcanhar-jelho são realizados em ambos os lados e a ataxia é valorizada, apenas, se for desproporcional em relação à fraqueza muscular. A ataxia é considerada ausente no doente com perturbação da compreensão ou plégico. Apenas no caso de amputação ou anquilose o item pode ser considerado no não testável (NT), e uma explicação deve ser escrita fundamentando esta escolha. No caso de cegueira, peça para tocar com o dedo no nariz a partir da posição de braço estendido.</p>	<p>1 – Presente em 1 membro</p> <p>2 – Presente em 2 membros</p> <p>NT – amputação ou anquilose,</p> <p>Explique: _____</p>		
<p>8. Sensibilidade: avalie a sensibilidade ou mímica facial à picada de alfinete ou a resposta de retirada ao estímulo doloroso em paciente obnubilado ou afásico. Só a perda de sensibilidade atribuída ao AVC é pontuada. Teste tantas as partes do corpo, membros superiores (exceto mãos), inferiores (exceto pés), tronco e face – quantas as necessárias para avaliar com precisão uma perda hemissensitiva. Pontue com 2 só se uma perda grave ou total da sensibilidade puder ser claramente demonstrada. deste modo, doentes estuporosos ou afásicos irão ser pontuados possivelmente com 1 ou 0. Um doente com AVC do tronco cerebral com perda de sensibilidade bilateral é pontuado com 2. Se o paciente não responde e está quadriplégico pontue 2. Pacientes em conta (item 1ª =3) são pontuados arbitrariamente com 2 neste item</p>	<p>0 – Normal; sem perda de sensibilidade</p> <p>1 – Perda de sensibilidade leve a moderada; o doente sente menos a picada, ou há uma perda da sensibilidade dolorosa à picada, mas o paciente sente a tocar</p> <p>2 – Perda da sensibilidade grave ou total; o paciente não sente que está sendo tocado</p>	<p>0</p>	<p>0</p>
<p>9. Melhor linguagem: durante a pontuação dos itens precedentes obterá muita informação acerca da capacidade de compreensão. Pede-se ao doente para descrever o que está a acontecer na imagem em anexo, para nomear objetos num cartão de nomeação anexo e para ler uma lista de frases em anexo. A compreensão é julgada a partir destas respostas, assim como as referentes às ordens dadas no exame neurológico geral precedentes. Se a perda visual interferir com os testes, peça ao doente para identificar objetos colocados na mão, repetir frases e produzir discurso. O paciente</p>	<p>0 – Sem afasia; normal</p> <p>1 – Afasia leve a moderada; perda óbvia de alguma fluência ou dificuldade de compreensão, sem limitação significativa das ideias expressas ou formas de expressão. Contudo, o discurso e/ou compreensão reduzidos dificultam ou impossibilitam a conversação sobre o material fornecido. Por exemplo, na conversa sobre o material fornecido, o examinador consegue</p>	<p>0</p>	<p>0</p>

<p>entubado deve escrever as respostas. O doente em coma (1a=3) será pontuado arbitrariamente com 3. O examinador deve escolher a pontuação no doente com estupor ou pouco colaborante, mas a pontuação de 3 está reservada a doentes em mutismo e que não cumpram nenhuma ordem simples.</p>	<p>identificar figuras ou itens da lista de nomeação a partir da resposta do paciente</p> <p>2 – Afasia grave; toda a comunicação é feita através de expressões fragmentadas; necessidade de interferência, questionamento e adivinhação por parte do examinador. A quantidade de informação que pode ser trocada é limitada; o examinador assume a maior parte da comunicação; o examinador não consegue identificar itens do material fornecido a partir da resposta do paciente</p> <p>3 – Mutismo, afasia global; sem discurso ou compreensão verbal minimamente úteis</p>		
<p>10. Disartria: se acredita que o doente consegue, pede-se para ler ou repetir as palavras da lista anexa. Se o paciente tem afasia grave, a clareza da articulação da fala espontânea pode ser pontuada. Este item é considerável não testável (NT) apenas se o doente estiver entubado ou tiver outras barreiras físicas que impeçam o discurso. Não diga ao paciente a razão pela qual está a ser testado.</p>	<p>0 – Normal</p> <p>1 – Disartria leve a moderada; doente com a arrastada pelo menos algumas palavras, e na pior das hipóteses pode ser entendido com alguma dificuldade</p> <p>2 – Disartria grave; voz do doente é tão arrastada que chega a ser ininteligível, na ausência ou desproporcionalmente a disfasia, ou tem mutismo ou anartria</p> <p>NT – Entubado ou outra barreira física; explique_____</p>	<p>1</p>	<p>1</p>
<p>11. Extinção e desatenção, antiga negligência. A informação suficiente para a identificação de negligência pode ter sido obtida durante os testes anteriores. Se o doente tem perda visual grave, que impede o teste da estimulação visual dupla simultânea, e os estímulos cutâneos são normais, a pontuação é normal. Se o doente tem afasia, mas parece identificar ambos os lados, é pontuado como normal. A presença de negligência visuoespacial ou anosagnosia contribuem também para a evidência de anormalidade. Como a anormalidade só é pontuada se presente, o item nunca é considerado não testável.</p>	<p>0 – Nenhuma anormalidade</p> <p>1 – Desatenção visual, tátil, auditiva, espacial ou pessoal, ou extinção à estimulação simultânea em uma das modalidades sensoriais</p> <p>2 – Profunda hemidesatenção ou hemidesatenção para mais de uma modalidade; não reconhece a própria mão e se orienta apenas para um lado do espaço</p>	<p>0</p>	<p>0</p>

Score Total	13	11
-------------	----	----

Gravidade do AVC	Pontuação
Sem sintomas de AVC	0
AVC minor	1-4
<u>AVC moderado</u>	<u>5-15</u>
AVC moderado a grave	16-20
AVC grave	21-42

ANEXO IV – Escala de Berg

AVALIAÇÃO EQUILÍBRIO - Escala de Berg		
1. Posição sentada para posição em pé (instruções: por favor levante-se. Tente não usar suas mãos para se apoiar)		
Pontuação	4/10/2018	31/10/2018
(4) capaz de levantar-se sem utilizar as mãos e estabilizar-se independentemente		
(3) capaz de levantar-se independentemente utilizando as mãos		
(2) capaz de levantar-se utilizando as mãos após diversas tentativas		
(1) necessita de ajuda mínima para levantar-se ou estabilizar-se		
(0) necessita de ajuda moderada ou máxima para levantar-se	x	x
2. Permanecer em pé sem apoio (Instruções: Por favor, fique em pé por 2 minutos sem se apoiar)		
Pontuação	4/10/2018	31/10/2018
(4) capaz de permanecer em pé com segurança por 2 minutos		
(3) capaz de permanecer em pé por 2 minutos com supervisão		
(2) capaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio		
(1) necessita de várias tentativas para permanecer em pé por 30 segundos sem apoio		
(0) incapaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio	x	x
3. Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banquinho (Instruções: por favor, fique sentado sem apoiar as costas com os braços cruzados por 2 minutos)		
Pontuação	4/10/2018	31/10/2018
(4) capaz de permanecer sentado com segurança e com firmeza por 1 minuto		
(3) capaz de permanecer sentado por 2 minutos sob supervisão		
(2) capaz de permanecer sentado por 30 segundos		x
(1) capaz de permanecer sentado por 10 segundos		
(0) incapaz de permanecer sentado sem apoio durante 10 segundos	x	
4. Posição em pé para posição sentada (Instruções: por favor, sente-se)		
Pontuação	4/10/2018	31/10/2018
(4) senta-se com segurança com uso mínimo das mãos		
(3) controla a descida utilizando as mãos		
(2) utiliza a parte posterior das pernas contra a cadeira para controlar a descida		

(1) senta-se independentemente, mas tem descida sem controle		
(0) necessita de ajuda para sentar-se	x	x
5. Transferências (Instruções: arrume as cadeiras perpendicularmente ou uma de frente para a outra para uma transferência em pivô. Peça ao paciente para transferir-se de uma cadeira com apoio de braço para uma cadeira sem apoio de braço, e vice-versa. Você poderá utilizar duas cadeiras (uma com e outra sem apoio de braço) ou uma cama e uma cadeira.		
Pontuação	4/10/2018	31/10/2018
(4) capaz de transferir-se com segurança com uso mínimo das mãos		
(3) capaz de transferir-se com segurança com o uso das mãos		
(2) capaz de transferir-se seguindo orientações verbais c/ou supervisão		
(1) necessita de uma pessoa para ajudar		x
(0) necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar para realizar a tarefa com segurança	x	
6. Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados (Instruções: Por favor fique em pé e feche os olhos por 10 segundos)		
Pontuação	4/10/2018	31/10/2018
(4) capaz de permanecer em pé por 10 segundos com segurança		
(3) capaz de permanecer em pé por 10 segundos com supervisão		
(2) capaz de permanecer em pé por 3 segundos		
(1) incapaz de permanecer com os olhos fechados durante 3 segundos, mas mantém-se em pé		
(0) necessita de ajuda para não cair	x	x
7. Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos (Instruções: Junte seus pés e fique em pé sem se apoiar)		
Pontuação	4/10/2018	31/10/2018
(4) capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 1 minuto com segurança		
(3) capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 1 minuto com supervisão		
(2) capaz de posicionar os pés juntos independentemente permanecer por 30 segundos		
(1) necessita de ajuda para posicionar-se, mas é capaz de permanecer com os pés juntos durante 15 segundos		
(0) necessita de ajuda para posicionar-se e é incapaz de permanecer nessa posição por 15 segundos	x	x

8. Alcançar a frente com o braço estendido permanecendo em pé (Instruções: levante o braço a 90°. Estique os dedos e tente alcançar a frente o mais longe possível. O examinador posiciona a régua no fim da ponta dos dedos quando o braço estiver a 90°. Ao serem esticados para frente, os dedos não devem tocar a régua. A medida a ser registrada é a distância que os dedos conseguem alcançar quando o paciente se inclina para frente o máximo que ele consegue. Quando possível, peça ao paciente para usar ambos os braços para evitar rotação do tronco).		
Pontuação	4/10/2018	31/10/2018
(4) capaz de alcançar com confiabilidade acima de 25cm (10 polegadas)		
(3) capaz de alcançar acima de 12,5cm (5 polegadas)		
(2) capaz de alcançar acima de 5cm (2 polegadas)		
(1) capaz de alcançar, mas com necessidade de supervisão		
(0) perda de equilíbrio durante as tentativas/necessidade de suporte externo	x	x
9. Pegar um objeto do chão a partir de uma posição em pé (Instruções: pegue o sapato/chinelo que está na frente dos seus pés)		
Pontuação	4/10/2018	31/10/2018
(4) capaz de pegar o chinelo com facilidade e segurança		
(3) capaz de pegar o chinelo, mas necessita de supervisão		
(2) incapaz de pegá-lo, mas se estica até ficar a 2-5 cm do chinelo e mantém o equilíbrio independentemente		
(1) incapaz de pegá-lo, necessitando de supervisão enquanto está tentando		
(0) incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair	x	x
10. Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé (Instruções: vire-se para olhar diretamente atrás de você por cima, do seu ombro esquerdo sem tirar os pés do chão. Faça o mesmo por cima do ombro direito. O examinador poderá pegar um objeto e posicioná-lo diretamente atrás do paciente para estimular o movimento)		
Pontuação	4/10/2018	31/10/2018
(4) olha para trás de ambos os lados com uma boa distribuição do peso		
(3) olha para trás somente de um lado o lado contrário demonstra menor distribuição do peso		
(2) vira somente para os lados, mas mantém o equilíbrio		
(1) necessita de supervisão para virar		
(0) necessita, de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair	x	x
11. Girar 360 graus (Instruções: gire-se completamente ao redor de si mesmo. Pausa. Gire-se completamente ao redor de si mesmo em sentido contrário.)		

Pontuação	4/10/2018	31/10/2018
(4) capaz de girar 360 graus, com segurança, em 4 segundos ou mãos		
(3) capaz de girar 360 graus, com segurança, somente para um lado em 4 segundos ou menos		
(2) capaz de girar 360 graus, com segurança, mas lentamente		
(1) necessita de supervisão próxima ou orientações verbais		
(0) necessita de ajuda enquanto gira	x	x
12. Posicionar os pés alternadamente ao degrau ou banquinho enquanto permanece em pé sem apoio (Instruções: Toque cada pé alternadamente no degrau/banquinho. Continue até que cada pé tenha tocado o degrau/banquinho quatro vezes)		
Pontuação	4/10/2018	31/10/2018
(4) capaz de permanecer em pé independentemente e com segurança, completando 8 movimentos em 20 segundos		
(3) capaz de permanecer em pé independentemente e completar 8 movimentos em mais que 20 segundos		
(2) capaz de completar 4 movimentos sem ajuda		
(1) capaz de completar mais que 2 movimentos com o mínimo de ajuda		
(0) incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair	x	x
13. Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente (Instruções: (demonstre para o paciente). Coloque um pé diretamente à frente do outro na mesma linha se você achar que não irá conseguir, coloque o pé um pouco mais à frente do outro pé e levemente para o lado.)		
Pontuação	4/10/2018	31/10/2018
(4) capaz de colocar um pé imediatamente à frente do outro, independentemente, permanecer por 30 segundos		
(3) capaz de colocar um pé um pouco mais à frente do outro e levemente para o lado. Independentemente e permanecer por 30 segundos		
(2) capaz de dar um pequeno passo independentemente e permanecer por 30 segundos		
(1) necessita de ajuda para dar o passo, porém permanece por 15 segundos		
(0) perde o equilíbrio ao tentar dar um passo ou ficar de pé	x	x
14. Permanecer em pé sobre uma perna (Instruções: fique em pé sobre uma perna o máximo que você puder sem se segurar)		
Pontuação	4/10/2018	31/10/2018

(4) capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por mais que 10 segundos		
(3) capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por 5-10 segundos		
(2) capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por 3 ou 4 segundos		
(1) tenta levantar uma perna, mas é incapaz de permanecer por 3 segundos, embora permaneça em pé independentemente		
(0) incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair	x	x
PONTUAÇÃO FINAL	0	3

Mau equilíbrio – 0 – 20

Bom equilíbrio - 40 a 56

0 – 36 – 100% Risco de queda

37 – 44 – Locomoção segura, mas com recomendação de assistência ou com auxiliares de marcha

45 – 56 – Não existe risco de queda, a locomoção é segura

ANEXO V – Functional Ambulation Categories

AVALIAÇÃO MARCHA - Funtional Ambulation Categories			
Avaliações (Avaliado em contexto comunitário)		4/10/2018	31/10/2018
0 - Não realizar marcha, incapacidade absoluta para a deambulação, mesmo com auxílio externo		X	X
1 - Marcha terapêutica, não funcional. O paciente precisa ser firmemente amparado por 1 ou 2 pessoas, e/ou a deambulação só é possível durante a terapia domiciliar ou hospitalar, nas barras paralelas			
2 - Marcha domiciliar: a deambulação só é possível num ambiente fechado, com superfícies planas e, geralmente, em um ambiente conhecido e controlado, como em casa			
3 - Deambula nas cercarias de casa ou na vizinhança: o paciente é capaz de deambular na rua, embora uma distância limitada e restrita			
4 - Marcha comunitária em todos os tipos de superfícies irregulares. Consegue percorrer uma distância considerável, até mesmo irrestrita			
5 - Marcha normal. A deambulação é completamente normal tanto em distância como em aparência			

ANEXO VI – Avaliação da Força e Tônus Muscular

Segmentos	Movimentos	Medical Research Council		Escala de Ashworth Modificada	
		4/10	31/10	4/10	31/10
		D/E	D/E	D/E	D/E
Cabeça e Pescoço	Flexão	3	4	0/0	0/0
	Extensão	3	4	0/0	0/0
	Flexão lateral esquerda	4	4	0/0	0/0
	Flexão lateral direita	2	3	0/0	0/0
	Rotação	2/4	3/4	0/0	0/0
Escapulo-umeral	Flexão	0/4	0/4	0/0	0/0
	Extensão	0/4	0/4	0/0	0/0
	Adução	0/4	0/4	0/0	0/0
	Abdução	0/4	0/4	0/0	0/0
	Rotação interna	0/4	0/4	0/0	0/0
	Rotação externa	0/4	0/4	0/0	0/0
Cotovelo	Flexão	0/4	3/4	0/0	0/0
	Extensão	0/4	3/4	0/0	0/0
Antebraço	Pronação	0/4	2/4	0/0	0/0
	Supinação	0/4	2/4	0/0	0/0
Punho	Flexão palmar	0/4	3/4	0/0	0/0
	Dorsi-flexão	0/4	2/4	0/0	0/0
	Desvio radial	0/4	1/4	0/0	0/0
	Desvio cubital	0/4	1/4	0/0	0/0
	Circundação	0/4	1/4	0/0	0/0

Dedos	Flexão	0/4	3/4	0/0	0/0
	Extensão	0/4	2/4	0/0	0/0
	Adução	0/4	2/4	0/0	0/0
	Abdução	0/4	2/4	0/0	0/0
	Oponência do polegar	0/4	2/4	0/0	0/0
Coxo-femural	Flexão	0/4	2/4	0/0	0/0
	Extensão	0/4	2/4	0/0	0/0
	Adução	0/4	2/4	0/0	0/0
	Abdução	0/4	2/4	0/0	0/0
	Rotação interna	0/4	2/4	0/0	0/0
	Rotação externa	0/4	2/4	0/0	0/0
Joelho	Flexão	1/4	3/4	0/0	0/0
	Extensão	1/4	3/4	0/0	0/0
Tibio-társica	Flexão plantar	1/4	2/4	0/0	0/0
	Dorsi-flexão	1/4	2/4	0/0	0/0
	Inversão	0/4	1/4	0/0	0/0
	Eversão	0/4	1/4	0/0	0/0
Dedos	Flexão	0/4	1/4	0/0	0/0
	Extensão	0/4	1/4	0/0	0/0
	Adução	0/4	1/4	0/0	0/0
	Abdução	0/4	1/4	0/0	0/0

Medical Research Council – avaliação da força muscular: grau 0 (sem movimentos visíveis, paralisia total); grau 1 (contração visível ou palpável, mas sem movimento); grau 2 (movimenta a articulação, não vence a gravidade); grau 3 (movimentos contra a gravidade, não vence a resistência); grau 4

(movimentos ativos contra a gravidade e resistência, força menor que o esperado); grau 5 (força normal)

Escaia de Ashworth Modificada – avaliação tônus muscular: *score* 0 (Nenhum aumento do tônus muscular); *score* 1 (leve aumento do tônus muscular, manifestado por tensão momentânea ou por resistência mínima, no final da amplitude de movimento articular, quando a região é movida em flexão ou extensão); *score* 1+ (leve aumento do tônus muscular, manifestado por tensão abrupta, seguida de resistência mínima em menos de metade da amplitude de movimento articular restante); *score* 2 (aumento mais marcante do tônus muscular, durante a maior parte da amplitude de movimento articular, mas a região é movida facilmente); *score* 3 (considerável aumento do tônus muscular, o movimento passivo é difícil); *score* 4 (parte afetada rígida em flexão ou extensão)

ANEXO VII – Escala de Braden

AVALIAÇÃO RISCO ÚLCERAS DE PRESSÃO – Escala de Braden						
					4/10	31/10
Percepção sensorial Capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto	1 Totalmente limitada	2 Muito limitada	3 Levemente limitada	4 Nenhuma limitação	2	2
Humidade Nível de exposição da pele à humidade	1 Pele constantemente húmida	2 Pele muito húmida	3 Pele ocasionalmente húmida	4 Pele raramente húmida	3	3
Atividade Nível de atividade física	1 Acamado	2 Sentado	3 Anda ocasionalmente	4 Anda frequentemente	1	2
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1 Completamente imobilizado	2 Muito limitada	3 Ligeiramente limitada	4 Nenhuma Limitação	2	3
Nutrição Alimentação habitual	1 Muito pobre	2 Provavelmente inadequada	3 Adequada	4 Excelente	3	3
Fricção e forças de deslizamento	1 Problema	2 Problema potencial	3 Nenhum problema		2	2
Total					13	15

O valor da pontuação total é categorizado em dois níveis de risco:

Alto Risco – Pontuação ≤ 16

Baixo Risco – Pontuação ≥ 17

ANEXO VIII – Escala de GUSS

GUSS Gugging Swallowing Test

Data da avaliação 4/10/18 Hora 10^h Identificação doente 3.2.

Secção 1. Avaliação preliminar / teste de deglutição indirecto

	SIM	NÃO
Vigilância (o doente deve estar alerta durante pelo menos 15 minutos)	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Tosse e/ou pigarreio (tosse voluntária) (o doente deve conseguir tossir ou pigarrear 2 vezes)	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Deglutição de saliva	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
• Deglutição com sucesso		
• Sialorreia	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1
• Alterações da voz (rouquidão, gorgolejo, voz molhada ou fraca)	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1
TOTAL:	5 (5)	
	1 – 4 = investigação posterior ¹ 5 = Continuar para a secção 2	

Secção 2. Teste de deglutição directo (Material: Água destilada, colher de chá rasa, espessante, pão)

Seguir a ordem:	1 → SEMI-SÓLIDO*	2 → LÍQUIDO**	3 → SÓLIDO***
DEGLUTIÇÃO			
• Deglutição impossível	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
• Deglutição demorada (> 2 seg.) (Sólidos > 10 seg.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
• Deglutição com sucesso	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 2
TOSSE (involuntária) (antes, durante ou após a deglutição – até 3 minutos após)			
• Sim	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
• Não	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 1
SIALORREIA			
• Sim	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
• Não	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 1
ALTERAÇÃO DA VOZ (escutar a voz antes e após a deglutição – o doente deve dizer "O")			
• Sim	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
• Não	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 1
TOTAL:	5 (5)	5 (5)	5 (5)
	1 – 4 = investigação posterior ¹ 5 = Continuar para líquido	1 – 4 = investigação posterior ¹ 5 = Continuar para sólido	1 – 4 = investigação posterior ¹ 5 = Normal
TOTAL: (Secção 1 + Secção 2)	20 (20)		

*	Administrar primeiro 1/3 de uma colher de chá rasa de água destilada com espessante (consistência de pudim). Se não se observarem sintomas administrar 3 a 5 colheres. Reavaliar no final da última colher.
**	3, 5, 10, 20 ml de água destilada – se não se observarem sintomas continuar com 50 ml de água destilada. Interromper e reavaliar se se observar um dos critérios.
***	Pão seco
¹	Encaminhar para médico fisiatra

RESULTADOS		GRAVIDADE	RECOMENDAÇÕES
20	Semi-sólido, líquido e sólido com sucesso	Disfagia ligeira / sem disfagia Risco mínimo de aspiração	<ul style="list-style-type: none"> Dieta normal Líquidos normais (primeira refeição com supervisão de enfermeiro)
15–19	Semi-sólido e líquido com sucesso Sólido sem sucesso	Disfagia ligeira Baixo risco de aspiração	<ul style="list-style-type: none"> Dieta passada Líquidos muito devagar (um gole de cada vez) Avaliação especializada¹
10–14	Semi-sólido com sucesso Líquido sem sucesso	Disfagia moderada Risco de aspiração	<ul style="list-style-type: none"> Dieta semi-líquida Líquidos espessados Comprimidos esmagados e misturados em líquido espessado Não administrar medicação líquida Avaliação especializada¹ <p><i>Suplementação com via nasogástrica ou parentérica</i></p>
0–9	Investigação preliminar sem sucesso ou semi-sólido sem sucesso	Disfagia grave Alto risco de aspiração	<ul style="list-style-type: none"> NPO (<i>non per os</i> – proibida alimentação por via oral) Avaliação especializada¹ <p><i>Suplementação com via nasogástrica ou parentérica</i></p>

Fonte: <https://gussgroupinternational.files.wordpress.com/2017/01/guss-portuguese-1.pdf>

Nota: Por impossibilidade de se testar a deglutição com consistência semi sólida recorrendo a espessante, questionou-se o cuidador da Sra. J.R. se esta já havia tolerado gelatina ou pudim (por serem as consistências mais próximas). Segundo o prestador de cuidados, a Sra. J.R. havia tolerado gelatina durante o internamento hospitalar.

ANEXO IX - Índice de Barthel

AVALIAÇÃO FUNCIONAL - Índice de Barthel

Autocuidado	Categorias	Pontuação	4/10	31/10
Comer	Totalmente independente - Leva a comida do prato à boca e o copo	10	5	10
	Necessita de ajuda – Precisa de ajuda para cortar carne pão e utilizar copo	5		
	Dependente – Incapaz de se alimentar ou faz alimentação parentérica	0		
Lavar-se	Independente – Entra e sai sozinho do banho	5	0	0
	Dependente – Precisa de ajuda para lavar mais de uma parte do corpo ou para se secar ou não se lava sozinho	0		
Arranjar-se	Independente – Lava o rosto, mãos, penteia-se, lava os dentes, barbeia-se sem ajuda	5	0	5
	Dependente – Necessita de ajuda para se arranjar	0		
Vestir-se	Independente – Veste e despe a roupa, abotoa, aperta fechos cintos e sapatos	10	0	5
	Necessita de ajuda – Veste e despe a roupa parcialmente	5		
	Dependente – Não se veste ou despe sozinho	0		
Eliminação Intestinal*	Continência Normal	10	10	10
	Episódios de incontinência – Episódios ocasionais, necessita de ajuda para administrar supositórios ou enema	5		
	Incontinente	0		
Eliminação Vesical*	Continência Normal – É capaz de cuidar de cateter se o tiver colocado.	10	10	10

	Um episódio diário – como máximo de incontinência, ou necessita ajuda para cuidar da sonda	5		
	Incontinência	0		
Ir ao sanitário	Independente – para ir ao sanitário, para retirar e colocar a roupa	10	0	0
	Necessita de ajuda – para ir ao sanitário, mas limpa-se sozinho	5		
	Dependente	0		
Transferir-se	Independente – para ir da cadeira para a cama	15	0	5
	Necessita de ajuda mínima para o fazer	10		
	Necessita de ajuda significativa para o fazer – mas é capaz de manter-se sentado sozinho	5		
	Dependente	0		
Deambular	Independente – caminha sem ajuda cerca de 50 metros	15	0	0
	Necessita de ajuda – física ou supervisão para caminhar 50 metros	10		
	Move-se em cadeira de rodas sem ajuda	5		
	Dependente	0		
Escadas	Independente – para subir ou descer escadas	10	0	0
	Necessita de ajuda física – ou supervisão para o fazer	5		
	Dependente	0		
Soma do índice			30	40

(*) avaliar a situação relativamente à semana prévia ao internamento.

Grau de dependência em função do resultado	
<20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥60	Leve
100	Independente

Máxima pontuação: 100 pontos (90 se se mover em cadeira de rodas)

ANEXO X – Medida de Independência Funcional

Níveis	7. Independência completa (em segurança, em tempo normal) 6. Independência modificada (dispositivo)	Sem Ajuda
	Dependência Modificada 5. Supervisão 4. Ajuda Mínima (Indivíduo $\geq 75\%$) 3. Ajuda moderada (indivíduo $\geq 50\%$) Dependência completa 2. Ajuda máxima (indivíduo $\geq 25\%$) 1. Ajuda total (indivíduo $< 25\%$)	Ajuda

	Antes	2 Meses	3 Meses
Autocuidado			
Alimentação	7	1	3
Higiene pessoal	7	1	2
Banho	7	1	2
Vestir metade superior	7	1	2
Vestir metade inferior	7	1	2
Utilização da sanita	7	1	1
Controlo dos Esfínteres			
Bexiga	7	7	7
Intestino	7	7	7
Mobilidade/Transferências			
Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas	7	1	2
Sanita	7	1	1
Banheira, Duche	7	1	1
Locomoção			

Marcha, Cadeira de Rodas	7	1	1
Escadas	7	1	1
Comunicação			
Compreensão	7	5	6
Expressão	7	5	6
Consciência do mundo exterior			
Interação social	7	7	7
Resolução dos problemas	7	5	5
Memória	7	5	6
Total	126	56	62

Instruções

NÍVEIS DE FUNÇÃO		Dependente - (com ajuda)				
		(é necessária outra pessoa para a supervisão ou ajuda física; sem esta, a actividade não se realiza)				
		DEPENDÊNCIA MODIFICADA - o sujeito realiza, pelo menos, 50% do esforço			DEPENDÊNCIA COMPLETA - o sujeito realiza <50% do esforço	
		5 SUPERVISÃO OU PREPARAÇÃO	4 AJUDA MÍNIMA	3 AJUDA MODERADA	2 AJUDA MÁXIMA	1 AJUDA TOTAL
		g) Só necessita controle, presença, sugestão ou encorajamento, sem contacto físico ou h) Ajudante prepara objectos necessários ou coloca prótese ou ortótese (ajuda técnica)	i) Contacto táctil Sujeito realiza >=75% do esforço ou das tarefas	j) Contacto táctil Sujeito realiza >= 50% <75% do esforço ou das tarefas	k) Sujeito realiza >= 25% < 50% do esforço ou das tarefas	l) Sujeito realiza <25% do esforço ou das tarefas
AUTOCUIDADOS	A ALIMENTAÇÃO	g) OU h) exº.: o ajudante abre recipiente, corta carne, barra manteiga, serve bebidas.	i) ...	j) ...	k) ...	l) ou usa gastrostomia ou alimentação parentérica que não administra por si
	B HIGIENE PESSOAL	g) OU h) exº.: o ajudante coloca pasta na escova ou abre previamente produtos de maquilhagem	i) ...	j) ...	k) ...	l) ...
	C BANHO LAVAR CORPO	g) OU h) exº.: o ajudante prepara a água ou os utensílios de limpeza necessários	i) ...	j) ...	k) ...	l) ...
	D VESTIR METADE SUP.	g) OU h) exº.: o ajudante prepara o vestuário ou coloca ortótese ou ajuda técnica	i) ...	j) ...	k) ...	l) ...ou não é vestido
	E VESTIR METADE INF.	g) OU h) exº.: o ajudante prepara o vestuário ou coloca ortótese ou ajuda técnica	i) ...	j) ...	k) ...	l) ...ou não é vestido
	F UTILIZAÇÃO DA SABOIA	g) OU h) exº.: o ajudante aplica ajuda técnica ou abre embalagens. Ou necessita de ajuda para colocar protecção menstrual	i) ...	j) ...	k) ...	l) ...
CONTROLO ESFÍNCTERES	G BEXIGA	g) OU h) exº.: o ajudante coloca ou esvazia ou tem acidentes de incontinência (<=1x/mês)	i) para manutenção de colector externo; ou acidente ocasional (<=1x/semana)	j) para manutenção de colector externo; ou tem acidente ocasional (<=1x/dia)	k) molha-se quase diária; deve usar fralda haja ou não sonda ou colector	l) molha-se quase diária; necessita sempre fralda haja ou não sonda ou colector
	H INTESTINO	g) OU h) exº.: o ajudante prepara equipamento para controle ou para manutenção de estoma; pode ter acidente ocasional (<=1x/mês)	i) usa supositório ou clister ou ajuda técnica; ou pode ter acidente ocasional (<=1x/sem.)	j) usa supositório ou clister ou ajuda técnica; ou pode ter acidente ocasional (<=1x/dia)	k) apesar da ajuda, está sujo quase diariamente haja ou não estoma.	l) apesar da ajuda, está sujo quase diária; necessita de fralda com ou sem estoma.
MOBILIDADE/TRANSFERÊNCIAS	I LEITO/CADREIRA DE RODAS (CR)	g) OU h) exº.: o ajudante coloca tábua de transferência, mobiliza os pedais da CR, etc.	i) ...	j) ...	k) ...	l) ...
	J SABOIA	g) OU h) exº.: o ajudante coloca tábua de transferência, mobiliza os pedais da CR, etc.	i) ...	j) ...	k) ...	l) ...
	K BANHEIRA, DUCHE	g) OU h) exº.: o ajudante coloca tábua de transferência, mobiliza os pedais da CR, etc.	i) ...	j) ...	k) ...	l) ...
LOCOMOÇÃO	L MARCHA/ CAD. RODAS	5-Excepção: Sem Ajuda, deambula em casa, faz marcha, ou usa CR >=15m, c/ ou s/ auxiliar de marcha. 5-g) para percorrer >=45m (a fazer marcha ou com)	i) -para percorrer >=45m	j) -para percorrer >=45m	k) -para percorrer >=15m. Necessita de ajuda de 1 só pessoa	l) ou requer ajuda de 2 pessoas ou não faz marcha ou CR>=15m.
	M ESCADAS	5-Excepção: Sem Ajuda: em casa, sobe e desce 4 a 6 degraus, com ou sem auxiliar de marcha ou ajuda técnica. 5- g) para subir e descer 12-14 degraus	i) -para subir e descer 12-14 degraus	j) -para subir e descer 12-14 degraus	k) -para subir e descer 4-6 degraus. Necessita de ajuda de 1 só pessoa	l) ou precisa ajuda de 2 pessoas ou não sobe nem desce 4-6 degraus; ou necessita ser transportado
COMUNICAÇÃO	N COMPREENSÃO	«Compreende conversa ou texto de necessidades quotidianas básicas» >90% das vezes; precisa ajuda <10% das vezes (conversa lenta, repetições, acentuação, pausas, orientação visual/ gestual)	«...» (ver atrás) em 75-90% das vezes	«...» (ver atrás) em 50-74% das vezes	«...» 25-49% das vezes, pode só compreender questões ou afirmações simples	«...» <25%; ou, apesar da ajuda, não entende questões simples ou não tem respostas adaptadas
	O EXPRESSÃO	Expressa necessidades e ideias essenciais da vida quotidiana >90% das vezes; necessita de ajuda <10% das vezes (exº repetição frequente)	... (ver atrás) em 75-90% das vezes	... (ver atrás) em 50-74% das vezes	... 25-49% x; pode só usar gestos ou palavras isoladas. Necessita de ajuda >50% das vezes	... <25% das vezes; ou não exprime as necessidades essenciais apropriadamente apesar da ajuda
CONVIVÊNCIA SOCIAL	P INTERACÇÃO SOCIAL	g) -Só sob situações de stress ou não familiares, mas <10% das vezes. Pode necessitar de encorajamento para iniciar a participação.	Conduz-se apropriadamente em 75-90% das vezes	Interage apropriadamente em 50-74% das vezes	Conduz-se apropriada/ em 25-49% x. Pode necessitar restrição de contactos ou deslocamentos	Conduz-se apropriada/ em <25% x. Pode necessitar restrição de contactos ou deslocamentos
	Q RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS	g) -para resolver problemas de rotina, mas só em situações de stress ou não familiares e <10% das vezes	£ Resolve os problemas de rotina £, 75-90% das vezes	£...£ (ver atrás), em 50-74% das vezes	£...£ (ver atrás) 25-49% das vezes; pode necessitar de restrição de contactos por segurança	£...£ (ver atrás) <=25% das vezes; pode necessitar de restrição de contactos por segurança
	R MEMÓRIA	g) exº.: sugestão ou repetição, mas só em situações de stress ou não familiares e <10% das vezes	Reconhece ou lembra-se em 75-90% das vezes	Reconhece ou lembra-se em 50-74% das vezes	Reconhece ou lembra-se em 25 a 49% das vezes. Tem necessidade de ajuda em <50% das vezes	Reconhece ou lembra-se em <25% das vezes ou não reconhece nem lembra

Fonte: Norma Direcção Geral de Saúde 054/2011

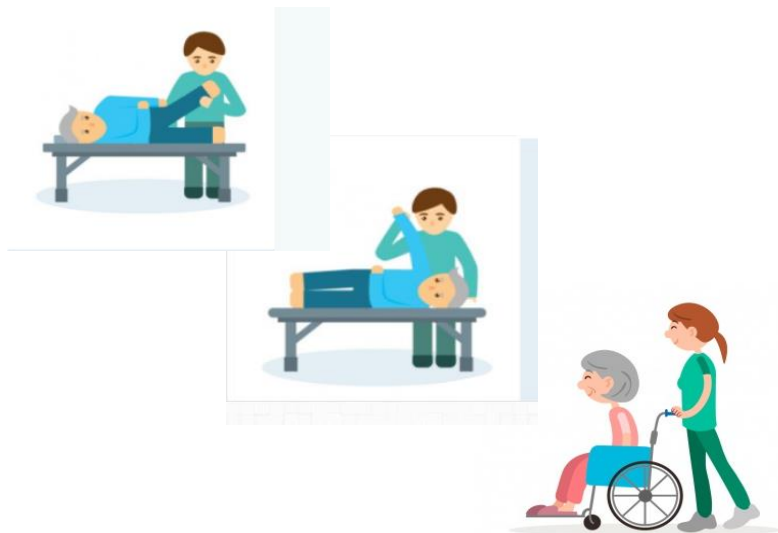
APÊNDICES

APÊNDICE I – Validação dos Ensinos ao Cuidador

ENSINOS	AVALIAÇÃO (31/10/2018)	
	Demonstra	Não demonstra
Memória e comunicação <ul style="list-style-type: none"> • exercícios de estimulação da memória • reeducação da musculatura facial • exercícios de fonação 	X	
<u>Mobilização</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Posicionamento no leito ▪ Mobilizações passivas membro superior direito ▪ Mobilizações ativas resistidas membro superior/inferior esquerdo ▪ Auto-mobilizações, ponte, facilitação cruzada, rolar 	X	
<u>Vestir/Despir/Calçar</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Como vestir e despir a pessoa com AVC ▪ Características da roupa 	x	
<u>Alimentação e hidratação</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Posicionar/sentar ▪ Ajudas técnicas 	x	
<u>Dor</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Posicionamento membro superior direito ▪ Massagem terapêutica 	x	
<u>Prevenção de Riscos</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Úlceras de Pressão 	x	

APÊNDICE II – Guia de Exercícios

GUIA DE EXERCÍCIOS



Fonte: <https://www.shutterstock.com/pt/search/physiotherapy+cartoons>

ÍNDICE

1. Estimulação da Memória
2. Exercícios para os músculos da face
3. Exercícios para comunicar
4. Mobilizar as articulações
5. Atividades Terapêuticas
6. Atividades de Vida Diária

Estimulação da Memória

Todos os dias repetir estas informações:

1. Nasci em _____
2. Vivo em _____
3. Sou casada com _____
4. O meu filho chama-se _____
5. O meu neto chama-se _____

Todos os dias vou responder a estas questões:

Estimulação da Memória

1. Leia os seguintes números e repita-os sem olhar para a folha:

3 11 25 37

2. Leia as seguintes palavras e depois repita-as sem olhar para a folha:

Pêra Gato Bola Chapéu

Estimulação da Memória

3. Mostrar fotografias de familiares e amigos e pedir que os identifique.

4. Pedir que descreva um acontecimento pessoal antigo.

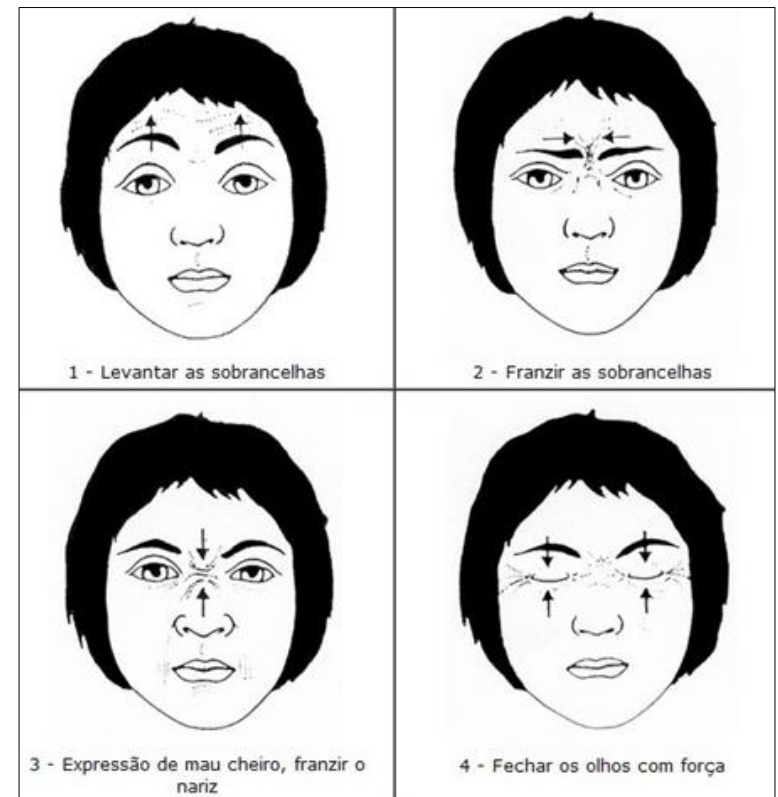
Exemplos

Descrever as viagens que fez

Descrever o dia do casamento

Exercícios para os músculos da face

Realizar os seguintes exercícios em frente a um espelho



Fonte: fisioterapeutasgp.blogspot.com

Exercícios para os músculos da face



Fonte: fisioterapeutasgp.blogspot.com

Exercícios para comunicar

Realizar os seguintes exercícios em frente a um espelho

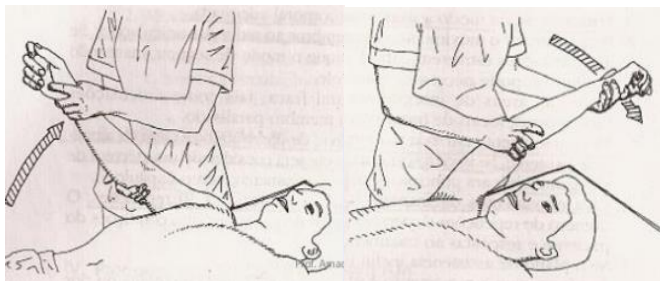
- (1) Tossir
- (2) Pigarrear
- (3) Rir
- (4) Bocejar
- (5) Suspirar
- (6) Dizer:

a. la la la

b. ca ca ca

Mobilizar as articulações

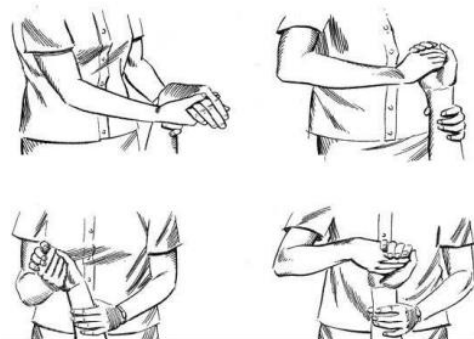
Braço direito (repetir 10 vezes):



Ombro



Cotovelo



Fonte: <https://pt.slideshare.net/JohnnyMartins2/15-amplitudedemovimento>

Mobilizar as articulações

Perna direita (repetir 10 vezes):



Joelho



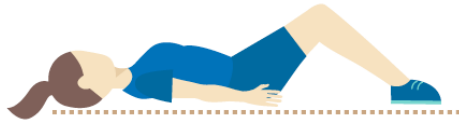
e Coxa



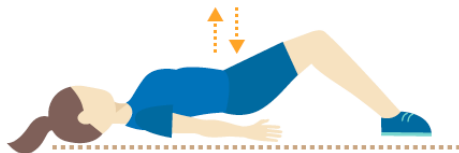
Fonte: [file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/PL AtivMotora Procedimentos Exercicios 2012.pdf](file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/PL%20AtivMotora%20Procedimentos%20Exercicios%202012.pdf)

Atividades Terapêuticas

Repetir cada exercício 5 vezes:



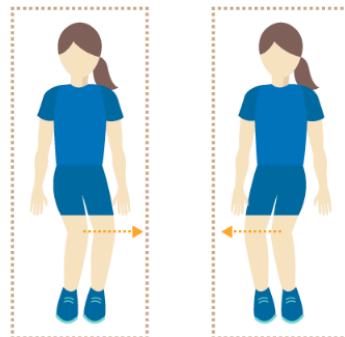
Ponte



Rotação



da anca

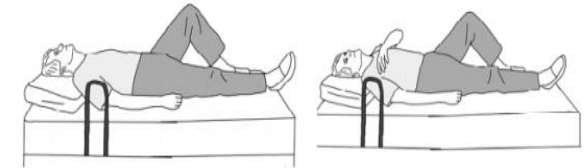


Fonte: <https://www.saebo.com/reclaim-your-stability-with-core-exercises-for-stroke-recovery/>

Atividades Terapêuticas

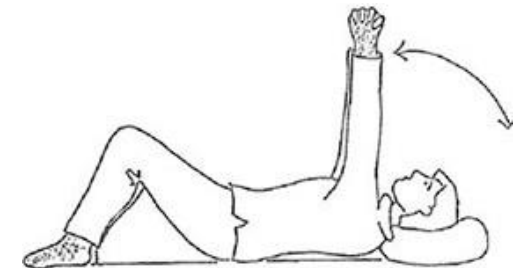
Repetir cada exercício 5 vezes:

Rolar



Fonte: <http://www.healthsciences.uci.edu/nursing/docs/stroke-conference/stroke-rehabilitation.pdf>

Automobilização

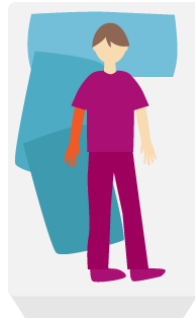


Fonte: <http://www.healthsciences.uci.edu/nursing/docs/stroke-conference/stroke-rehabilitation.pdf>

Atividades Terapêuticas

Posicionamentos

Dorsal



Lado Esquerdo



Lado Direito



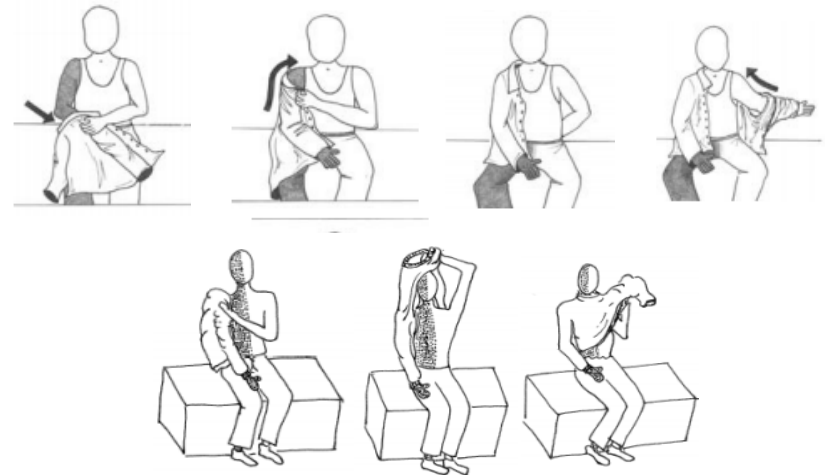
Fonte: <https://www.saebo.com/important-facts-stage-2-stroke-recovery/>

Atividades Vida Diária

Higiene

- Lavar a cara com a mão esquerda
- Lavar o lado direito do corpo com a mão esquerda
- Sempre que possível, usar mão direita
- Lavar os dentes com a mão esquerda, em frente a um espelho
- Pentear-se com a mão esquerda, em frente a um espelho

Vestir



Fonte: <http://www.kznhealth.gov.za/occtherapy/dressing.pdf>

Atividades Vida Diária

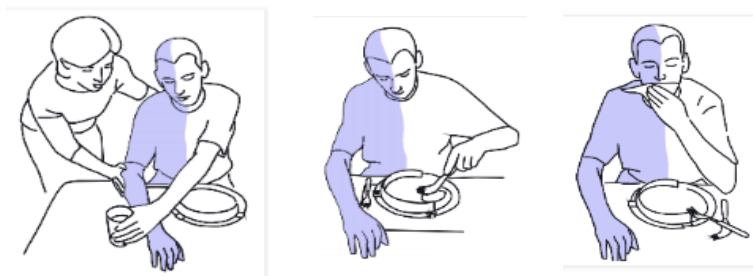
Despir



Fonte: <http://www.reab.me/passos-a-passo-para-vestir-pessoas-hemiplegicas-pos-avc-e-paraplegicas/>

- A roupa deve ser larga com elasticidade, com elásticos, velcro ou fecho

Comer e Beber



Bibliografia

Direção Geral de Saúde (2010). *Acidente Vascular – Itinerários Clínicos*. Lisboa: Lidel

Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação – Prevenção, Intervenções e Resultados Esperados* (4ª Edição). Loures. Lusodidacta

Menoita, E., Sousa, L., Alvo, L., Vieira, C. (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC – contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência

Apêndice V – Registo de Avaliação e Intervenções em UCC

REGISTO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Unidade de Cuidados Continuados

Nome:	Idade:
Morada:	
NP:	Contacto:
Pessoa Referência:	Contacto:

Diagnóstico Clínico	
Antecedentes Pessoais	
Terapêutica Habitual	

Objetivo Inicial	
Plano de Reabilitação	
Início:	Fim:

AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL - MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)				
Orientação (1 ponto por cada resposta correta)	Em que ano estamos? Em que mês estamos? Em que dia do mês estamos? Em que dia da semana estamos? Em que estação do ano estamos?			
	Em que país estamos? Em que distrito vive? Em que terra vive? Em que casa estamos? Em que andar estamos?			
Retenção (contar 1 ponto por cada palavra corretamente repetida)	"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor". Pêra Gato Bola			
3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correta. Se der uma resposta errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de 5 respostas)	"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar". 27_ 24_ 21 _ 18_ 15_			
Evocação (1 ponto por cada resposta correta.)	"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar". Pêra Gato Bola			
Linguagem (1 ponto por cada resposta correta)	a) "Como se chama isto? Mostrar os objetos: Relógio Lápis			
	b) "Repita a frase que eu vou dizer: "O RATO ROEU A ROLHA"			
	c) "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão esquerda, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.			

	Pega com a mão direita; Dobra ao meio; Coloca onde deve			
	d) "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHÉ OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.			
	e) "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.			
6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correta.)	Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.			
TOTAL (Máximo 30 pontos):				

AValiação Neurológica no AVC - NIHSS			
Instruções	Definição da escala	Pontuação	
1a. Nível de Consciência: o examinador deve escolher uma resposta, mesmo que a avaliação completa seja prejudicada por obstáculos como curativo ou tubo orotraqueal, barreiras de linguagem ou traumatismo. Um 3 é dado apenas se o paciente não fizer nenhum movimento em resposta à estimulação dolorosa, para além de respostas reflexas	0 - Acordado: responde corretamente 1 – Sonolento, mas acorda com um pequeno estímulo, obedece, responde ou reage 2 – Estuporoso: acorda com estímulo forte, requer estimulação repetida ou dolorosa para realizar movimentos (não estereotipados) 3 – Comatoso: apenas respostas reflexas motoras ou automáticas, ou sem qualquer tipo de resposta		
1b. NDC Questões: o paciente é questionado sobre mês e idade. A resposta deve ser correta – não se valorizam respostas aproximadas. Pacientes com afasia ou estupor que não compreendam as perguntas têm 2. Pacientes incapazes de falar por tubo ou traumatismo orotraqueal, disartria grave ou qualquer causa, barreiras de linguagem ou qualquer outro problema não secundário a afasia receberão 1. É	0 – Responde ambas as questões corretamente 1 – Responde a uma questão corretamente 2 – Não responde a nenhuma questão corretamente		

importante considerar apenas a resposta inicial e que o examinador não “ajude” o paciente com dicas verbais ou não verbais.			
1c. NDC Ordens: o paciente é solicitado a abrir e fechar os olhos e depois abrir e fechar a mão não parética. Substitua por outro comando de um único passo se as mãos não puderem ser utilizadas. Devemos valorizar uma tentativa inequívoca, ainda que não completada devido à fraqueza muscular. Se o paciente não responde à ordem, a tarefa deve ser demonstrada usando gestos e o resultado registado. Aos pacientes com trauma, amputação ou outro impedimento físico devem ser dadas ordens simples adequadas. Pontue só a primeira tentativa	0 – Realiza ambas as tarefas corretamente 1 – Realiza uma tarefa corretamente 2 – Não realiza nenhuma tarefa corretamente		
2. Melhor Olhar Conjugado: teste apenas os movimentos oculares horizontais. Os movimentos oculares voluntários ou reflexos (oculocefálicos) são pontuados, mas a prova calórica não é avaliada. Se o paciente tem um desvio conjugado do olhar, que é revertido pela atividade voluntária ou reflexa, a pontuação será 1. Se o paciente tem uma parésia de nervo periférico isolada (NC III, IV ou IV), pontue 1. O olhar é testado em todos os pacientes afásicos. os pacientes com trauma ou curativo ocular, cegueira pré-existente ou outro distúrbio de acuidade ou campo visual devem ser testados com movimentos reflexos e a escolha feita pelo examinador. Estabelecer contacto visual e mover-se perto do paciente de um lado para o outro pode esclarecer a presença de paralisia do olhar conjugado.	0 – Normal 1 – Paralisia parcial do olhar conjugado. Esta pontuação é dada quando o olhar é anormal em um ou ambos os olhos, mas não há desvio forçado ou parésia total do olhar conjugado 2- Desvio forçado ou parésia total do olhar conjugado não revertidos pela manobra oculocefálica		
3. Campos visuais: os campos visuais quadrantes superiores e inferiores) são testados por confrontação, utilizando	0 – Sem défices campimétricos 1 – Hemianópsia parcial 2 – Hemianópsia completa		

<p>contagem de dedos ou ameaça visual, conforme apropriado. O paciente pode ser encorajado, mas basta identificar olhando para o lado em que mexem os dedos para ser considerado normal, se houver cegueira unilateral ou enucleação, os campos visuais no olho restante são avaliados. Pontue 1 apenas se houver uma assimetria clara, incluindo quadrantanópsia. Se o paciente é cego por qualquer causa, pontue 3. A estimulação dupla simultânea é realizada neste momento. Se houver extinção, o paciente recebe 1 e os resultados são usados para responder a questão 11.</p>	<p>3 – Hemianópsia bilateral (cego, incluindo cegueira cortical)</p>		
<p>4. Parésia facial: pergunte ou use gestos para encorajar o paciente a mostrar os dentes ou levantar as sobrancelhas e fechar com força os olhos. Pontue a simetria da contração facial em resposta ao estímulo doloroso nos pacientes pouco responsivos ou que não compreendam. Na presença de traumatismo, tubo orotraqueal, adesivos ou outra barreira física que possam esconder a face, estes devem ser removidos, tanto quanto possível.</p>	<p>0 – Movimentos normais simétricos 1 – Paralisia facial minor (apagamento da prega nasolabial, assimetria no sorriso) 2 – Paralisia facial central evidente (paralisia facial inferior total ou quase total) 3 – Paralisia facial completa (ausência de movimentos faciais das regiões superior e inferior de um lado da face)</p>		
<p>5. Membros Superiores: o braço é colocado na posição apropriada: extensão dos braços, palmas para baixo, a 90° se sentado ou 45° se posição supina. Pontue-se a queda do braço quando esta ocorre antes de 10 segundos, O paciente afásico é encorajado através de firmeza na voz ou gestos, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, começando no braço não parético. Apenas no caso de amputação ou anquilose do ombro o item poderá ser considerado como não testável (NT), e uma explicação deve ser escrita fundamentando esta escolha.</p>	<p>0 – Sem queda, mantém braço a 90° (ou 45°) por um período de 10 segundos 1 – Queda parcial antes de completar o período de 10 segundos; não chega a tocar na cama ou noutro suporte 2 – Algum esforço contra a gravidade: o braço acaba por cair na cama ou noutro suporte antes dos 10 segundos, mas não de forma imediata 3 – Nenhum esforço contra a gravidade: o braço cai logo; pousado o membro faz algum movimento 4 – Nenhum movimento NT – amputação ou anquilose, explique_____ 5a. Membro superior esquerdo</p>		

	5b. Membro superior direito		
<p>6. Membros Inferiores: a perna é colocada na posição apropriada: extensão a 30°. Teste sempre em posição supina. Pontue-se a queda da perna quando esta ocorre antes de 5 segundos, O paciente afásico é encorajado através de firmeza na voz ou gestos, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, começando na perna não parético. Apenas no caso de amputação ou anquilose da anca o item poderá ser considerado como não testável (NT), e uma explicação deve ser escrita fundamentando esta escolha.</p>	<p>0 – Sem queda, mantém a perna a 30° por um período de 5 segundos</p> <p>1 – Queda parcial antes de completar o período de 5 segundos; não chega a tocar na cama ou noutro suporte</p> <p>2 – Algum esforço contra a gravidade: a perna acaba por cair na cama ou noutro suporte antes dos 5 segundos, mas não de forma imediata</p> <p>3 – Nenhum esforço contra a gravidade: a perna cai logo; pousado o membro faz algum movimento</p> <p>4 – Nenhum movimento</p> <p>NT – amputação ou anquilose, explique_____</p> <p>6a. Membro inferior esquerdo</p> <p>6b. Membro inferior direito</p>		
<p>7. Ataxia de membros: este item procura evidência de lesão cerebelosa unilateral. Teste com olhos abertos. No caso de défice de campo visual, assegure-se que o teste é feito no campo visual intacto. Os testes dedo-nariz e calcanhar Joelho são realizados em ambos os lados e a ataxia é valorizada, apenas, se for desproporcional em relação à fraqueza muscular. A ataxia é considerada ausente no doente com perturbação da compreensão ou plégico. Apenas no caso de amputação ou anquilose o item pode ser considerado no não testável (NT), e uma explicação deve ser escrita fundamentando esta escolha. No caso de cegueira, peça para tocar com o dedo no nariz a partir da posição de braço estendido.</p>	<p>0 – Ausente</p> <p>1 – Presente em 1 membro</p> <p>2 – Presente em 2 membros</p> <p>NT – amputação ou anquilose, Explique: _____</p>		
<p>8. Sensibilidade: avalie a sensibilidade ou mímica facial à picada de alfinete ou a resposta de retirada ao estímulo doloroso em paciente obnubilado ou afásico. Só a perda de sensibilidade</p>	<p>0 – Normal; sem perda de sensibilidade</p> <p>1 – Perda de sensibilidade leve a moderada; o doente sente menos a picada, ou há uma perda da sensibilidade dolorosa à picada, mas o paciente sente a tocar</p>		

<p>atribuída ao AVC é pontuada. Teste tantas as partes do corpo, membros superiores (exceto mãos), inferiores (exceto pés), tronco e face – quantas as necessárias para avaliar com precisão uma perda hemissensitiva. Pontue com 2 só se uma perda grave ou total da sensibilidade puder ser claramente demonstrada. deste modo, doentes estuporosos ou afásicos irão ser pontuados possivelmente com 1 ou 0. Um doente com AVC do tronco cerebral com perda de sensibilidade bilateral é pontuado com 2. Se o paciente não responde e está quadriplégico pontue 2. Pacientes em coma (item 1ª =3) são pontuados arbitrariamente com 2 neste item</p>	<p>2 – Perda da sensibilidade grave ou total; o paciente não sente que está sendo tocado</p>		
<p>9. Melhor linguagem: durante a pontuação dos itens precedentes obterá muita informação acerca da capacidade de compreensão. Pede-se ao doente para descrever o que está a acontecer na imagem em anexo, para nomear objetos num cartão de nomeação anexo e para ler uma lista de frases em anexo. A compreensão é julgada a partir destas respostas, assim como as referentes às ordens dadas no exame neurológico geral precedentes. Se a perda visual interferir com os testes, peça ao doente para identificar objetos colocados na mão, repetir frases e produzir discurso. O paciente entubado deve escrever as respostas. O doente em coma (1a=3) será pontuado arbitrariamente com 3. O examinador deve escolher a pontuação no doente com estupor ou pouco colaborante, mas a pontuação de 3 está reservada a doentes em mutismo e que não cumpram nenhuma ordem simples.</p>	<p>0 – Sem afasia; normal</p> <p>1 – Afasia leve a moderada; perda óbvia de alguma fluência ou dificuldade de compreensão, sem limitação significativa das ideias expressas ou formas de expressão. Contudo, o discurso e/ou compreensão reduzidos dificultam ou impossibilitam a conversação sobre o material fornecido. Por exemplo, na conversa sobre o material fornecido, o examinador consegue identificar figuras ou itens da lista de nomeação a partir da resposta do paciente</p> <p>2 – Afasia grave; toda a comunicação é feita através de expressões fragmentadas; necessidade de interferência, questionamento e adivinhação por parte do examinador. A quantidade de informação que pode ser trocada é limitada; o examinador assume a maior parte da comunicação; o examinador não consegue identificar itens do material fornecido a partir da resposta do paciente</p> <p>3 – Mutismo, afasia global; sem discurso ou compreensão verbal minimamente úteis</p>		
<p>10. Disartria: se acredita que o doente consegue, pede-se para ler ou repetir as</p>	<p>0 – Normal</p>		

palavras da lista anexa. Se o paciente tem afasia grave, a clareza da articulação da fala espontânea pode ser pontuada. Este item é considerável não testável (NT) apenas se o doente estiver entubado ou tiver outras barreiras físicas que impeçam o discurso. Não diga ao paciente a razão pela qual está a ser testado.	<p>1 – Disartria leve a moderada; doente com a arrastada pelo menos nalgumas palavras, e na pior das hipóteses pode ser entendido com alguma dificuldade</p> <p>2 – Disartria grave; voz do doente é tão arrastada que chega a ser ininteligível, na ausência ou desproporcionalmente a disfasia, ou tem mutismo ou anartria</p> <p>NT – Entubado ou outra barreira física; explique_____</p>		
11. Extinção e desatenção, antiga negligência. A informação suficiente para a identificação de negligência pode ter sido obtida durante os testes anteriores. Se o doente tem perda visual grave, que impede o teste da estimulação visual dupla simultânea, e os estímulos cutâneos são normais, a pontuação é normal. Se o doente tem afasia, mas parece identificar ambos os lados, é pontuado como normal. A presença de negligência visuoespacial ou anosognosia contribuem também para a evidência de anormalidade. Como a anormalidade só é pontuada se presente, o item nunca é considerado não testável.	<p>0 – Nenhuma anormalidade</p> <p>1 – Desatenção visual, tátil, auditiva, espacial ou pessoal, ou extinção à estimulação simultânea em uma das modalidades sensoriais</p> <p>2 – Profunda hemidesatenção ou hemidesatenção para mais de uma modalidade; não reconhece a própria mão e se orienta apenas para um lado do espaço</p>		
Score Total			

Gravidade do AVC	Pontuação
Sem sintomas de AVC	0
AVC minor	1-4
AVC moderado	5-15
AVC moderado a grave	16-20
AVC grave	21-42

		Avaliação				
PARÂMETROS VITAIS	Tensão Arterial					
	Frequência Cardíaca					
	Frequência Respiratória					
	Temperatura					
	Oximetria					
	Dor					

			DATA/AVALIAÇÃO				
PADRÃO RESPIRATÓRIO	Ventilação	Espontânea					
		VNI					
	Tipo Respiração	Torácica, abdominal, diafragmática, mista, tiragem intercostal/ supraclavicular e adejo nasal					
	Simetria Torácica	Simétrico/Assimétrico					
	Amplitude	Normal, diminuída, aumentada					
	Ritmo	Regular, irregular					
	Palpação Torácica	Elasticidade, rigidez					
	Percussão	Macicez, timpanismo, normal					
DISPNEIA	Escala de Borg						

AUSCULTAÇÃO	Data										
	Localização			D	E	D	E	D	E	D	E
	Múrmurio Vesicular (mantido, diminuído, ausente)	1/3 Sup.	I								
			F								
		1/3 Med.	I								
			F								
		1/3 Inf.	I								
			F								
	Ruídos Adventícios (Ausentes, roncos, sibilos, fervores sub-crepitantes, fervores crepitantes, atritos pleurais)	1/3 Sup.	I								
			F								
		1/3 Med.	I								
			F								
		1/3 Inf.	I								
			F								

AVALIAÇÃO DA FORÇA E TÔNUS MUSCULAR													
Segmentos		Medical Research Council						Escala de Ashworth Modificada					
		D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E
Cabeça e Pescoço													
Membro Superior	Escapulo-umeral												
	Cotovelo												
	Antebraço												
	Punho												
	Dedos												
Membro Inferior	Coxo-femural												
	Joelho												
	Tibio-társica												
	Dedos												

Medical Research Council – avaliação da força muscular: grau 0 (sem movimentos visíveis, paralisia total); grau 1 (contração visível ou palpável, mas sem movimento); grau 2 (movimenta a articulação, não vence a gravidade); grau 3 (movimentos contra a gravidade, não vence a resistência); grau 4 (movimentos ativos contra a gravidade e resistência, força menor que o esperado); grau 5 (força normal)

Escala de Ashworth Modificada – avaliação tônus muscular: *score 0* (Nenhum aumento do tônus muscular); *score 1* (leve aumento do tônus muscular, manifestado por tensão momentânea ou por resistência mínima, no final da amplitude de movimento articular, quando a região é movida em flexão ou extensão); *score 1+* (leve aumento do tônus muscular, manifestado por tensão abrupta, seguida de resistência mínima em menos de metade da amplitude de movimento articular restante); *score 2* (aumento mais marcante do tônus muscular, durante a maior parte da amplitude de movimento articular, mas a região é movida facilmente); *score 3* (considerável aumento do tônus muscular, o movimento passivo é difícil); *score 4* (parte afetada rígida em flexão ou extensão)

AVALIAÇÃO DA COORDENAÇÃO MOTORA												
	Prova Índex -Nariz						Prova Calcanhar-Joelho					
Data												
Local	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E
Membro Superior												
Membro Inferior												

Legenda: D – Dismetria; S/A – Sem alterações

AVALIAÇÃO DA SENSIBILIDADE										
			D	E	D	E	D	E	D	E
Membro Superior	Superficial	Tátil								
		Térmica								
		Dolorosa								
	Profunda	Pressão								
		Postural								
Membro Inferior	Superficial	Tátil								
		Térmica								
		Dolorosa								
	Profunda	Pressão								
		Postural								

Legenda: N – Normal; D – Diminuída; A – Ausente; NT – Não testado

AVALIAÇÃO EQUILÍBRIO - ESCALA DE BERG

1. Posição sentada para posição em pé (instruções: por favor levante-se. Tente não usar suas mãos para se apoiar)

Pontuação			
(4) capaz de levantar-se sem utilizar as mãos e estabilizar-se independentemente			
(3) capaz de levantar-se independentemente utilizando as mãos			
(2) capaz de levantar-se utilizando as mãos após diversas tentativas			
(1) necessita de ajuda mínima para levantar-se ou estabilizar-se			
(0) necessita de ajuda moderada ou máxima para levantar-se			

2. Permanecer em pé sem apoio (Instruções: Por favor, fique em pé por 2 minutos sem se apoiar)

Pontuação			
(4) capaz de permanecer em pé com segurança por 2 minutos			
(3) capaz de permanecer em pé por 2 minutos com supervisão			
(2) capaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio			
(1) necessita de várias tentativas para permanecer em pé por 30 segundos sem apoio			
(0) incapaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio			

3. Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banquinho (Instruções: por favor, fique sentado sem apoiar as costas com os braços cruzados por 2 minutos)

Pontuação			
(4) capaz de permanecer sentado com segurança e com firmeza por 1 minuto			
(3) capaz de permanecer sentado por 2 minutos sob supervisão			

(2) capaz de permanecer sentado por 30 segundos			
(1) capaz de permanecer sentado por 10 segundos			
(0) incapaz de permanecer sentado sem apoio durante 10 segundos			
4. Posição em pé para posição sentada (Instruções: por favor, sente-se)			
Pontuação			
(4) senta-se com segurança com uso mínimo das mãos			
(3) controla a descida utilizando as mãos			
(2) utiliza a parte posterior das pernas contra a cadeira para controlar a descida			
(1) senta-se independentemente, mas tem descida sem controle			
(0) necessita de ajuda para sentar-se			
5. Transferências (Instruções: arrume as cadeiras perpendicularmente ou uma de frente para a outra para uma transferência em pivô. Peça ao paciente para transferir-se de uma cadeira com apoio de braço para uma cadeira sem apoio de braço, e vice-versa. Você poderá utilizar duas cadeiras (uma com e outra sem apoio de braço) ou uma cama e uma cadeira.)			
Pontuação			
(4) capaz de transferir-se com segurança com uso mínimo das mãos			
(3) capaz de transferir-se com segurança com o uso das mãos			
(2) capaz de transferir-se seguindo orientações verbais c/ou supervisão			
(1) necessita de uma pessoa para ajudar			
(0) necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar para realizar a tarefa com segurança			
6. Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados (Instruções: Por favor fique em pé e feche os olhos por 10 segundos)			
Pontuação			
(4) capaz de permanecer em pé por 10 segundos com segurança			
(3) capaz de permanecer em pé por 10 segundos com supervisão			
(2) capaz de permanecer em pé por 3 segundos			

(1) incapaz de permanecer com os olhos fechados durante 3 segundos, mas mantém-se em pé			
(0) necessita de ajuda para não cair			
7. Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos (Instruções: Junte seus pés e fique em pé sem se apoiar)			
Pontuação			
(4) capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 1 minuto com segurança			
(3) capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 1 minuto com supervisão			
(2) capaz de posicionar os pés juntos independentemente permanecer por 30 segundos			
(1) necessita de ajuda para posicionar-se, mas é capaz de permanecer com os pés juntos durante 15 segundos			
(0) necessita de ajuda para posicionar-se e é incapaz de permanecer nessa posição por 15 segundos			
8. Alcançar a frente com o braço estendido permanecendo em pé (Instruções: levante o braço a 90°. Estique os dedos e tente alcançar a frente o mais longe possível. O examinador posiciona a régua no fim da ponta dos dedos quando o braço estiver a 90°. Ao serem esticados para frente, os dedos não devem tocar a régua. A medida a ser registrada é a distância que os dedos conseguem alcançar quando o paciente se inclina para frente o máximo que ele consegue. Quando possível, peça ao paciente para usar ambos os braços para evitar rotação do tronco).			
Pontuação			
(4) capaz de alcançar com confiabilidade acima de 25cm			
(3) capaz de alcançar acima de 12,5cm			
(2) capaz de alcançar acima de 5cm			
(1) capaz de alcançar, mas com necessidade de supervisão			
(0) perda de equilíbrio durante as tentativas/necessidade de suporte externo			
9. Pegar um objeto do chão a partir de uma posição em pé (Instruções: pegue o sapato/chinelo que está na frente dos seus pés)			
Pontuação			
(4) capaz de pegar o chinelo com facilidade e segurança			
(3) capaz de pegar o chinelo, mas necessita de supervisão			

(2) incapaz de pegá-lo, mas se estica até ficar a 2-5 cm do chinelo e mantém o equilíbrio independentemente			
(1) incapaz de pegá-lo, necessitando de supervisão enquanto está tentando			
(0) incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair			
10. Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé (Instruções: vire-se para olhar diretamente atrás de você por cima, do seu ombro esquerdo sem tirar os pés do chão. Faça o mesmo por cima do ombro direito. O examinador poderá pegar um objeto e posicioná-lo diretamente atrás do paciente para estimular o movimento)			
Pontuação			
(4) olha para trás de ambos os lados com uma boa distribuição do peso			
(3) olha para trás somente de um lado o lado contrário demonstra menor distribuição do peso			
(2) vira somente para os lados, mas mantém o equilíbrio			
(1) necessita de supervisão para virar			
(0) necessita, de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair			
11. Girar 360 graus (Instruções: gire-se completamente ao redor de si mesmo. Pausa. Gire-se completamente ao redor de si mesmo em sentido contrário.)			
Pontuação			
(4) capaz de girar 360 graus, com segurança, em 4 segundos ou mãos			
(3) capaz de girar 360 graus, com segurança, somente para um lado em 4 segundos ou menos			
(2) capaz de girar 360 graus, com segurança, mas lentamente			
(1) necessita de supervisão próxima ou orientações verbais			
(0) necessita de ajuda enquanto gira			
12. Posicionar os pés alternadamente ao degrau ou banquinho enquanto permanece em pé sem apoio (Instruções: Toque cada pé alternadamente no degrau/banquinho. Continue até que cada pé tenha tocado o degrau/banquinho quatro vezes)			
Pontuação			
(4) capaz de permanecer em pé independentemente e com segurança, completando 8 movimentos em 20 segundos			

(3) capaz de permanecer em pé independentemente e completar 8 movimentos em mais que 20 segundos			
(2) capaz de completar 4 movimentos sem ajuda			
(1) capaz de completar mais que 2 movimentos com o mínimo de ajuda			
(0) incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair			
13. Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente (Instruções: (demonstre para o paciente). Coloque um pé diretamente à frente do outro na mesma linha se você achar que não irá conseguir, coloque o pé um pouco mais à frente do outro pé e levemente para o lado.)			
Pontuação			
(4) capaz de colocar um pé imediatamente à frente do outro, independentemente, permanecer por 30 segundos			
(3) capaz de colocar um pé um pouco mais à frente do outro e levemente para o lado. Independentemente e permanecer por 30 segundos			
(2) capaz de dar um pequeno passo independentemente e permanecer por 30 segundos			
(1) necessita de ajuda para dar o passo, porém permanece por 15 segundos			
(0) perde o equilíbrio ao tentar dar um passo ou ficar de pé			
14. Permanecer em pé sobre uma perna (Instruções: fique em pé sobre uma perna o máximo que você puder sem se segurar)			
Pontuação			
(4) capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por mais que 10 segundos			
(3) capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por 5-10 segundos			
(2) capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por 3 ou 4 segundos			
(1) tenta levantar uma perna, mas é incapaz de permanecer por 3 segundos, embora permaneça em pé independentemente			
(0) incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair			
PONTUAÇÃO FINAL			

Mau equilíbrio – 0 – 20

Bom equilíbrio - 40 a 56

0 – 36 – 100% Risco de queda

37 – 44 – Locomoção segura, mas com recomendação de assistência ou com auxiliares de marcha

45 – 56 – Não existe risco de queda, a locomoção é segura

AVALIAÇÃO MARCHA - FUNTIONAL AMBULATION CATEGORIES			
Avaliações	___/___	___/___	___/___
0 - Não realiza marcha, incapacidade absoluta para a deambulação, mesmo com auxílio externo			
1 - Marcha terapêutica, não funcional. A pessoa precisa ser firmemente amparada por 1 ou 2 pessoas, e/ou a deambulação só é possível durante a intervenção domiciliar ou hospitalar, nas barras paralelas			
2 - Marcha domiciliar: a deambulação só é possível num ambiente fechado, com superfícies planas e, geralmente, num ambiente conhecido e controlado, como em casa			
3 - Deambula nas redondezas da casa ou na vizinhança: a pessoa é capaz de deambular na rua, embora uma distância limitada e restrita			
4 - Marcha comunitária em todos os tipos de superfícies irregulares. Consegue percorrer uma distância considerável, até mesmo irrestrita			
5 - Marcha normal. A deambulação é completamente normal tanto em distância como em aparência			

AVALIAÇÃO RISCO DE QUEDAS - TIMED UP AND GO TEST

INSTRUÇÕES:

Material/equipamento: cadeira com braços, de pés fixos, cronômetro, fita adesiva (para demarcar distância de 3 metros)

Orientar o procedimento do teste e certificar-se de que o participante o percebeu

Realizar uma tentativa de familiarização do teste, demonstrando o procedimento (apenas uma vez)

Corrigir, se for necessário, e reforçar pontos importantes, tais como: chegar até à marca no chão e sentar-se, encostando completamente o tronco no encosto da cadeira

Caso a pessoa apresente alguma dificuldade na compreensão, que o faça interromper o percurso, refaça a orientação a respeito da forma correta de execução e reinicie o teste

Caso o participante faça qualquer pergunta durante o teste, como por exemplo: “É para sentar?”, responda: “Faça como eu lhe disse para fazer”;

É permitido ao participante o uso de dispositivo de auxílio (bengala ou andarilho); O participante deve usar o seu calçado habitual;

Para cronometrar o tempo: o cronômetro deve ser disparado, quando o participante projetar os ombros à frente (desencostar da cadeira) e deve ser parado, quando o mesmo encostar completamente o tronco no encosto da cadeira.

PROCEDIMENTO:

A pessoa deverá estar sentada numa cadeira com apoio lateral de braço

Solicitar à pessoa que se levante sem se apoiar nas laterais da cadeira, caminhar 3 metros, rodar 180° e voltar ao ponto de partida, sentando-se novamente

RESULTADO:

Assinalar conforme a cronometragem do trajeto

()	< 10 segundos
()	10 a 19 segundos
()	20 segundos ou mais

Tempo acima de 12,4 segundos, indica risco aumentado de queda

AVALIAÇÃO FUNCIONAL - ÍNDICE DE BARTHEL

Autocuidado	Categorias	Pontuação			
Comer	Totalmente independente - Leva a comida do prato à boca e o copo	10			
	Necessita de ajuda – Precisa de ajuda para cortar carne pão e utilizar copo	5			
	Dependente – Incapaz de se alimentar ou faz alimentação parentérica	0			
Lavar-se	Independente – Entra e sai sozinho do banho	5			
	Dependente – Precisa de ajuda para lavar mais de uma parte do corpo ou para se secar ou não se lava sozinho	0			
Arranjar-se	Independente – Lava o rosto, mãos, penteia-se, lava os dentes, barbeia-se sem ajuda	5			
	Dependente – Necessita de ajuda para se arranjar	0			
Vestir-se	Independente – Veste e despe a roupa, abotoa, aperta fechos cintos e sapatos	10			
	Necessita de ajuda – Veste e despe a roupa parcialmente	5			
	Dependente – Não se veste ou despe sozinho	0			
Eliminação Intestinal*	Continência Normal	10			
	Episódios de incontinência – Episódios ocasionais, necessita de ajuda para administrar supositórios ou enema	5			
	Incontinente	0			
Eliminação Vesical*	Continência Normal – É capaz de cuidar de cateter se o tiver colocado.	10			
	Um episódio diário – como máximo de incontinência, ou necessita ajuda para cuidar da sonda	5			
	Incontinência	0			
Ir ao sanitário	Independente – para ir ao sanitário, para retirar e colocar a roupa	10			
	Necessita de ajuda – para ir ao sanitário, mas limpa-se sozinho	5			
	Dependente	0			

Transferir-se	Independente – para ir da cadeira para a cama	15			
	Necessita de ajuda mínima para o fazer	10			
	Necessita de ajuda significativa para o fazer – mas é capaz de manter-se sentado sozinho	5			
	Dependente	0			
Deambular	Independente – caminha sem ajuda cerca de 50 metros	15			
	Necessita de ajuda – física ou supervisão para caminhar 50 metros	10			
	Move-se em cadeira de rodas sem ajuda	5			
	Dependente	0			
Escadas	Independente – para subir ou descer escadas	10			
	Necessita de ajuda física – ou supervisão para o fazer	5			
	Dependente	0			
Soma do índice					

(*) avaliar a situação relativamente à semana prévia ao internamento.

Grau de dependência em função do resultado	
<20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥60	Leve
100	Independente

Máxima pontuação: 100 pontos (90 se mover-se em cadeira de rodas)

REEDUCAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA									
Data									
Posição de descanso e relaxamento									
Controlo e dissociação dos tempos respiratórios									
Reeducação diafragmática	Global								
	Porção posterior c/ e s/ resistência								
	Porção anterior c/ e s/ resistência								
	Hemicúpula esquerda c/ e s/ resistência								
	Hemicúpula direita c/ e s/ resistência								
Reeducação Costal	Global c/ e s/ bastão								
	Abertura costal seletiva esquerda								
	Antero-lateral esq. c/ e s/ resistência								
	Postero-lateral esq. c/ e s/ resistência								
	Abertura costal seletiva direita								
	Antero-lateral dta. c/ e s/ resistência								
	Postero-lateral dta. c/ e s/ resistência								
Drenagem Postural Clássica/Modificada	Lobo Superior	/	/	/	/	/	/	/	/
	Lobo Médio/Língua	/	/	/	/	/	/	/	/
	Lobo Inferior	/	/	/	/	/	/	/	/
Manobras Acessórias (Percussão, Vibração, Compressão)									
Terapêutica Posição									
Correção Postural									
Reeducação ao Esforço	Marcha								
	Subir e descer escadas								
CATR									
Tosse	Dirigida, assistida								
	Eficaz, ineficaz, aspiração de secreções								

Secreções	Quantidade: abundante, moderada, escassa								
	Viscosidade: fluidas, espessas								
	Características: mucosas, mucopurulentas, purulentas, rosadas, hemáticas								
Dispositivos Técnicos	Terapia inalatória								
	Espirômetro de Incentivo								
	Cough Assist								
	Flutter								
	Acapella								
	Outros								
Assinatura Enfermeiro:									

AVALIAÇÃO FINAL	
<div></div>	

REEDUCAÇÃO FUNCIONAL MOTORA

PROGRAMA DE MOBILIZAÇÕES ARTICULARES													
Segmentos													
		D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E
Cabeça e Pescoço													
Membro Superior	Escapulo-umeral												
	Cotovelo												
	Antebraço												
	Punho												
	Dedos												
Membro Inferior	Coxo-femural												
	Joelho												
	Tibio-társica												
	Dedos												

Legenda: P – Passiva; AS – Ativa-Assistida; A – Ativa; AR – Ativa – Resitada; NE – Não executado

ATIVIDADES TERAPÊUTICAS		DATAS						
Reeducação Musculatura Facial								
Posicionamentos								
Rolar								
Ponte								
Automobilização								
Carga no Cotovelo								
Facilitação Cruzada								
Rotação controlada da anca								
Treino de equilíbrio	Estático sentado							
	Dinâmico sentado							
	Estático em pé							

	Dinâmico em pé							
Transferência								
Treino de AVD	Comer e Beber							
	Higiene							
	Vestir e Despir							
	Eliminação							
Treino de Marcha	Auxiliar de Marcha							
	Independente							
Assinatura Enfermeiro								

AVALIAÇÃO FINAL	

Apêndice VI – Estudo de Caso Serviço Reabilitação

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização Enfermagem de Reabilitação

Estágio com Relatório – Estudo de Caso

Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na pessoa com doença cerebrovascular

Serviço de Reabilitação

Inês Raquel Márcia de Lemos

Lisboa

2019



Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização Enfermagem de Reabilitação

Estágio com Relatório – Estudo de Caso

Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na pessoa com doença cerebrovascular

Serviço de Reabilitação

Inês Raquel Márcia de Lemos

Docente Orientador: Professor Ricardo Braga

Enfermeira Orientadora: 

Lisboa

2019



SIGLAS E ABREVIATURAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

MFR – Medicina Física e Reabilitação

MoCA – Montreal Cognitive Assessment

NIHSS – National Institutes Health Stroke Scale

SU-CHLC – Serviço de Urgência do Centro Hospitalar Lisboa Central

TAC CE – Tomografia Axial Computorizada Cranioencefálica

TUGT – Timed Up and Go Test

ÍNDICE

4. BREVE REVISÃO ANATOMOPATOLÓGICA	7
5. COLHEITA DE DADOS	10
5.1. Fatores Pessoais e Condicionantes Básicos	10
5.2. Requisitos de Autocuidado por Desvio de Saúde	11
6. AVALIAÇÃO DO EEER	13
6.1. Avaliação Neurológica	13
6.1.1. Estado Mental	13
6.1.2. Pares Cranianos	14
6.1.3. Sensibilidade	16
6.1.4. Força e Tônus Muscular	16
6.1.5. Coordenação Motora	18
6.1.6. Equilíbrio	19
6.1.7. Marcha	19
6.2. Requisitos Universais do Autocuidado	19
6.2.1. Manutenção de inspiração de ar suficiente	19
6.2.2. Manutenção de ingestão de água e alimentos suficiente	19
6.2.3. Promoção dos cuidados associados com a eliminação	20
6.2.4. Manutenção do equilíbrio entre atividade e o descanso	20
6.2.5. Manutenção do equilíbrio entre solidão e a interação social	21
6.2.6. Prevenção dos riscos para a vida humana, para o funcionamento humano	21
7. PLANO DE CUIDADOS	22
CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	

ANEXOS

ANEXO I - Escala de Borg Modificada

ANEXO II – Montreal Cognitive Assessment (27/11)

ANEXO III – Montreal Cognitive Assessment (12/12)

ANEXO IV – Escala de NIHSS

ANEXO V – Avaliação da Força e Tônus Muscular

ANEXO VI – Escala de Berg

ANEXO VII – Timed Up and Go Test (27/11)

ANEXO VIII – Timed Up and Go Test (12/12)

ANEXO IX – Escala de GUSS

ANEXO X - Índice de Barthel

ANEXO XI – Medida de Independência Funcional

ANEXO XII – Escala de Braden

ANEXO XIII – Reeducação dos Músculos da Face na Paralisia Facial

APÊNDICES

APÊNDICE i – Exercícios de Comunicação

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 – Identificação e História Pessoal	10
QUADRO 2 – Terapêutica Atual	12
QUADRO 3 – Avaliação Pares Cranianos	14
QUADRO 4 – Avaliação da força e tônus muscular	18
QUADRO 5 – Avaliação tolerância à atividade	21
QUADRO 6 – Plano de Cuidados	23

0. BREVE REVISÃO ANATOMOPATOLÓGICA

O AVC hemorrágico abrange cerca de 10-15% dos AVC e, apesar dos mais recentes avanços ao nível dos cuidados, mantém uma elevada taxa de morbilidade e mortalidade (Ko, Choi e Lee, 2012). É resultante de uma rutura vascular cerebral espontânea e divide-se em subaracnoide e intraparenquimatoso (Neto, Filho, Valiente, Friedrich, Pedreira, Rodrigues, Liberato e Freitas, 2009).

São inúmeros os fatores de risco para o AVC hemorrágico, podendo ser divididos em não modificáveis e modificáveis. Os fatores de risco não modificáveis mais conhecidos são: idade, raça/etnia e sexo, e os modificáveis são a hipertensão arterial (presente em 70-80%), angiopatia amiloide, tabagismo, alcoolismo, coagulopatias e uso de simpaticomiméticos.

A hemorragia intraparenquimatosa é classificada em primária e secundária, tendo em conta a sua etiologia. Desta forma, denomina-se de primária quando é consequência da rutura de pequenas artérias que irrigam o núcleo lenticuloestriado e o tálamo ou dos ramos paramedianos da artéria basilar, que ficam danificados pela hipertensão arterial ou pela angiopatia amiloide, e secundária quando está relacionada com a rutura de aneurismas, malformações arteriovenosas, coagulopatias, cirrose hepática, neoplasias, vasculites, trauma e doença de Moya-Moya (Ojemann e Heros, 1983; Neto, Filho, Valiente *et al.*, 2009).

Tem início súbito e progressão rápida, podendo ser acompanhada de défice neurológico focal (hemiparésia, hipoestesia unilateral, hemianopsia, afasia, entre outros). Os sintomas mais frequentes são: cefaleia e rigidez da nuca, se irritação meníngea e aumento da pressão intra-craniana, vômitos, por aumento da pressão intra-craniana ou por estimulação dos centros medulares do vômito, depressão do estado de consciência, por disfunção bilateral hemisférica ou por compromisso do Sistema Ativador Reticular, e convulsões (Neto, Filho, Valiente *et al.*, 2009; Ko, [Choi e Lee, 2012](#)).

Apesar dos sintomas descritos, alguns sinais e sintomas são específicos da região cerebral afetada. De uma forma geral, o hemisfério dominante controla a linguagem, cálculo, discriminação esquerda/direita e capacidades práticas, enquanto que o hemisfério não dominante influencia a discriminação visuo-espacial

e a percepção. O cerebelo controla a coordenação motora e o tronco encefálico condiciona alteração nos pares cranianos. De acrescentar, que a etiologia da hemorragia condiciona o local onde esta surge. Posto isto, a hemorragia associada à hipertensão desenvolve-se mais frequentemente nos gânglios basais (40%), tálamo (10-25%), cerebelo (5-10%) e ponte (5%). Suspeita-se de angiopatia amilóide quando existe hemorragia lobar, e rutura de aneurisma aquando da presença de sangue no espaço subaracnoideu (Neto, Filho, Valiente *et al.*, 2009; Ko, Choi e Lee, 2012).

A mortalidade da hemorragia intraparenquimatosa é de cerca 60 a 80%, ocorrendo nos primeiros dois anos após o evento sendo que, apenas 20% das pessoas recuperam a sua independência funcional, nos primeiros seis meses. Os principais critérios preditivos de mortalidade são: estado de consciência na admissão, gravidade dos défices focais, idade, localização e tamanho do hematoma.

Relativamente ao diagnóstico, a sua confirmação é obtida através da tomografia axial computadorizada cranioencefálica ou ressonância magnética, se suspeita de etiologia não hipertensiva. Deve realizar-se estudo angiográfico se hemorragia com localização atípica e se idade inferior a 45 anos (Neto, Filho, Valiente *et al.*, 2009).

Relativamente ao tratamento do AVC hemorrágico, a abordagem pré-hospitalar é semelhante ao do AVC isquémico, estando primeiramente direcionada para a manutenção da via aérea, monitorização hemodinâmica e deteção de sinais neurológicos focais. Após realização de exame de diagnóstico complementar, o tratamento deve dar prioridade ao controlo da tensão arterial (Hemphill, Greenberg, Anderson, Becker, Bendok, Cushman, Fung, Goldstein, Macdonald, Mitchell, Scott, Selim, Woo, 2015). Segundo a AHA (2015), se tensão arterial sistólica entre 150 a 220 mmHg, sem contraindicação para tratamento agudo, deve reduzir-se a tensão arterial sistólica para valores de 140mmHg, levando a uma melhoria nos resultados funcionais. Contudo, se tensão arterial sistólica superior a 220 mmHg deve ser considerada uma redução mais agressiva da tensão arterial, recorrendo a perfusão endovenosa contínua e monitorização frequente deste parâmetro. Deve-se, igualmente, dar primazia à monitorização da pressão intracraniana e avaliação frequente do estado neurológico, recorrendo a escalas padronizadas.

Quanto à terapêutica, o plasma fresco congelado, em conjunto com a vitamina K, têm sido o tratamento de eleição. Contudo, mais recentemente, o concentrado de complexo de protrombina, o fator VII e fator VIII de coagulação recombinante apareceram como potenciais terapias.

Os critérios para tratamento cirúrgico de drenagem do hematoma intracerebral não são claros. A cirurgia está indicada na hemorragia cerebelar, onde se observe deterioração neurológica, sinais de herniação e compressão do tronco encefálico ou hidrocefalia. Na hemorragia supratentorial, a cirurgia está recomendada aquando da deterioração do estado geral, sendo considerada uma medida “life-saving”. A craniotomia descompressiva com ou sem drenagem de hematoma demonstrou ser eficaz em situações de hemorragia intracerebral onde se verifique coma, desvio da linha média ou aumento da pressão intracerebral (Hemphill *et al.*, 2015; Neto, Filho, Valiente *et al.*, 2009).

Os cuidados de enfermagem passam pela monitorização da pressão intracraniana e da pressão de perfusão cerebral, monitorização hemodinâmica, vigilância da tensão arterial, temperatura e glicémia capilar, e prevenção de complicações da imobilidade através do posicionamento, manutenção das vias aéreas e mobilização precoce (Hemphill *et al.*, 2015)

1. COLHEITA DE DADOS

1.1. Fatores Pessoais e Condicionantes Básicos

Nome: D.P.		
Género: Masculino	Etnia: Caucasiana	Idade: 61 anos
Estado Civil: Casado	Profissão: Reformado (Motorista da Carris) Escolaridade: 9º Ano	Residência: Lisboa
Agregado familiar:	Vive com a esposa	
Condições habitacionais:	Apartamento com cerca de 80 m ² , com 3 quartos, sala, casa de banho, cozinha e marquise, situado no 2º andar de um prédio sem elevador. A casa de banho (6m ²) encontra-se equipada com banheira.	
Suporte familiar:	O Sr. D.P. tem o apoio da esposa, de 60 anos, que trabalha num escritório, e da filha, que é enfermeira.	

Quadro 1 – Identificação e História Pessoal

Relativamente aos antecedentes pessoais, o Sr. D.P. tem hipertensão arterial, não medicada, e polineuropatia dos membros inferiores sensitivo-motora (TAC lombar com extremo desgaste L4-L5). Ex-fumador.

Nega medicação habitual antes do episódio de AVC.

Quanto aos antecedentes familiares, refere que o pai tinha hipertensão arterial, tendo falecido aos 75 anos. Não soube especificar causa. A mãe tem diabetes *mellitus* tipo II e desconhece se o seu irmão tem algum antecedente pessoal.

Conhecimentos e expectativas sobre a condição de doença: consciente das suas limitações funcionais e cognitivas. Quanto às suas expectativas relativamente ao processo de reabilitação, refere que espera comunicar mais fluentemente e recuperar a funcionalidade do membro superior direito, de forma a maximizar a sua autonomia.

1.2. Requisitos de Autocuidado por Desvio de Saúde

Informação recolhida da nota de transferência do Serviço de Medicina. Transportado ao SU-CHLC a 3/11/2018 por ter acordado de manhã com hemiparésia direita. Foi ativada Via Verde AVC através do CODU. À observação o doente encontrava-se vígil, colaborante, cumpria ordens simples, com afasia de expressão, desvio do olhar para a esquerda, hemianopsia homónima direita, pupilas isorreativas e isocóricas, parésia facial central direita. Inicialmente, com hemiplegia direita, mas com discreta melhoria da força do membro inferior, conseguindo mobilizar contra a resistência. Entubado nasogastricamente, mas sem disfagia. Pele e mucosas coradas e hidratadas, escleróticas anictéricas. Auscultação cardíaca e pulmonar sem alterações.

TAC CE (3/11/2018): volumoso hematoma intraparenquimatoso agudo, centrado na região lenticulocapsular externa esquerda, estendendo-se superiormente à coroa radiada e medindo cerca de 5,8cm x 2,6cm de diâmetros máximos ântero-posterior e transversal. Deverá corresponder a hemorragia hipertensiva. Sem efeito de massa significativo sobre as estruturas medianas. Sem hemorragia intraventricular. Sinais incipientes de leucoencefalopatia. Normalidade da charneira nervosa occipitovertebral. Incipiente sinusite etmoidomaxilar bilateral.

ECG: ritmo sinusal

Diagnóstico Clínico: AVC hemorrágico capsular esquerdo

Foi internado no serviço de Medicina, destacando-se como intercorrência episódios de hipotensão sintomática, condicionando retirada de terapêutica anti-hipertensora.

Iniciou reabilitação motora, inicialmente na enfermaria e depois no ginásio, e terapia da fala com boa evolução clínica. Mantém parésia facial central direita, elabora frases curtas, com disartria, mas na maioria perceptíveis. Compreensão mantida. Movimentos oculares mantidos, sem nistagmo. Hemiparésia direita de predomínio braquial, mais distal, com força grau I. Membro inferior com alguma diminuição de força (4/5), mas consegue fazer carga e manter ortostatismo.

TAC CE (13/11/2018): redução dos coeficientes de atenuação de hematoma parenquimatoso capsulo-radiário esquerdo, de dimensões sobreponíveis, mas com discreto aumento do edema perilesional, a exercer maior efeito de massa sobre o parênquima adjacente, com acentuação da moldagem do ventrículo lateral e vala sylvica ipsilaterais e obliteração de alguns sulcos corticais regionais, não se verificando significativo desvio contralateral das estruturas da linha média. Sem lesões parenquimatosas encefálicas de novo.

Por episódio de retenção urinária, houve necessidade de ser algaliado. Entretanto, já desalgaliado e com diurese mantida espontaneamente. Sob tansulosina.

Foi pedida observação em consulta de MFR, onde foi avaliado a 15/11. Teve alta a 15/11.

Deu entrada no Serviço de Reabilitação a 26/11/2018.

TAC CE (28/11/2018): com topografia esquerda núcleo-capsular e na corona radiata, observamos hiper-atenuação hemática de margem moderadamente definida. Tem edema circundante, com extensão desde o lobo temporal até ao frontal, com efeito tumoral sobre as estruturas adjacentes, traduzindo-se por desvio da linha média de 4mm, comprimindo o ventrículo lateral, vala sylvica e os sulcos corticais. Calcificações vasculares. Mínimo espessamento do revestimento mucoso nos antros maxilares. Sem outras alterações significativas.

AVC hemorrágico com evolução favorável traduzida por menor atenuação hemática, mantendo-se efeito tumoral edematoso sobre estruturas adjacentes, estável. Sem lesões de novo. Melhoria significativa do compromisso sinusopático maxilar.

Terapêutica Atual

Fármaco	Dose	Frequência	Via Administração
Tansulosina	0,4mg	1vez/dia	Oral
Perindopril (início a 28/11)	5 mg	1vez/dia	Oral
Alprazolam	0,25mg	SOS	Oral
Paracetamol	500mg	SOS	Oral

Quadro 2 – Terapêutica Atual

2. AVALIAÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

2.1. Avaliação Neurológica

A avaliação neurológica que se segue compreende a avaliação do estado mental (consciência, orientação, atenção, memória, linguagem, estado emocional, capacidade praxica e negligência unilateral), avaliação dos pares cranianos, sensibilidade, força e tônus muscular, coordenação motora, equilíbrio e marcha (Menoita et. al, 2012).

2.1.1. Estado Mental

Estado de Consciência: o Sr. D.P. encontra-se vígil, com abertura ocular espontânea (Anexo IV - score 0 – NIHSS)

Orientação: apresenta-se orientado autopsiquicamente. e desorientado alopsiquicamente (Anexo II – MoCA e Anexo IV - NIHSS)

Atenção/Concentração: Apresenta alteração do nível da atenção e concentração, demonstrado pela MoCA, com score total de 13 (Anexo II).

Memória: Memória imediata e curto prazo comprometidas (Anexo II - MoCA)

Linguagem: demonstra dificuldade na compreensão da linguagem, aquando de ordens verbais mais complexas, e na nomeação dos objetos (MoCA – Anexo II). Apresenta um discurso fluente, constatando-se um aumento do débito de palavras, mas com pouco conteúdo informativo (falta de substantivos, uso de palavras incorretas, recurso a parafrases e circunlóquios) (score 1 na escala de NIHSS – afasia leve a moderada – Anexo IV). O discurso espontâneo encontra-se, igualmente, comprometido por défice na mobilidade dos músculos da face e língua, o que dificulta a articulação das palavras (score 1 na escala de NIHSS – disartria leve a moderada – Anexo IV). Sem alterações na capacidade de leitura. Apresenta alteração da capacidade escrita por força de grau 3 nos dedos da mão direita (dominante)

Observa-se, igualmente, parésia facial central direita menor (*score* 1 na escala de NIHSS – apagamento do sulco nasogeniano, assimetria no sorriso – Anexo IV), com desvio da comissura labial para a esquerda e desvio da língua para a direita, o que limita o discurso.

Estado emocional: O fâcies do Sr. D.P. transmite tristeza, através da aproximação e elevação das sobrancelhas e estiramento lateral da boca. Refere sentir-se frustrado e ansioso relativamente à sua incapacidade de comunicar eficazmente e pela diminuição da força do membro superior direito, limitando a realização de determinadas atividades.

Capacidades Práticas: não apresenta alterações das capacidades práticas do membro superior esquerdo. Realiza gestos simbólicos (sinal de cruz), icónicos transitivos (pentear-se e levar o copo de água à boca), icónicos intransitivos (assobiar). Ao nível do membro superior direito, demonstra dificuldade nos gestos simbólicos e icónicos transitivos por força de grau 3/4 (Anexo V).

2.1.2. Pares Cranianos

Par craniano/alterações		Avaliação
I – Olfativo (anosmia, hiposmia, parosmia)		Sem alterações detetadas
II – Ótico Acuidade Visual (amaurose, ambliopia, cegueira) Campo de visão (hemianopsia, quadrantopsia)		Sem alterações detetadas
III – Oclomotor (miose, elevação da pálpebra superior, abaixamento, elevação e adução do olho)	Isocoria Anisocoria Movimento conjugado do globo ocular (H) Nistagmo, Ptose palpebral,	Sem alterações detetadas Pupilas – isorreativas, tamanho 3mm

IV – Patético (rotação do olho) VI – Motor Ocular Externo (abdução)	Movimento sacádicos	
V – Trigêmeo (mastigação, sensação facial nas divisões oftálmica, maxilar e mandibular)	Sensibilidade da face: Hipostesia da hemiface direita, ao nível dos três ramos do quinto nervo: ramo oftálmico, maxilar e mandibular Reflexo córneo palpebral presente bilateralmente. Ao nível da avaliação motora do quinto nervo, não foram detetadas alterações na capacidade para encerrar e mover a mandíbula bilateralmente. Sem alterações nos movimentos de mastigação Sem alterações ao nível da mastigação.	
VII – Facial (mímica facial, percepção gustativa 2/3 anteriores da língua)	Assimetria facial ligeira, com parésia facial central direita menor (Escala NIHSS score 1) e desvio comissura labial esquerda. Sem envolvimento do andar superior da face.	
VIII – Estado Acústico (equilíbrio estático e dinâmico e audição)	Sem alterações da acuidade auditiva bilateralmente, com a descrição de som: bater palmas, esfregar os dedos junto ao pavilhão auricular. Teste de Weber: condução aérea com maior intensidade à esquerda Teste de Rinne: positivo esquerda Teste de Romberg positivo	
IX – Glossofaríngeo (percepção gustativa 1/3 posterior da língua)	Parâmetro não avaliado	

X – Vago (percepções sensoriais da orelha, faringe, laringe, tórax e vísceras, enervação das vísceras torácicas e abdominais – reflexo de vômito, alteração da voz – disfonia, hipofonia, elevação do palato e úvula)	Não refere alteração da voz Elevação do palato simétrica Úvula centrada Reflexo de vômito e tosse presentes.
XI – Espinhal (controlo motor da faringe, laringe, palato, dos músculos esternocleidomastóideo e trapézio – rotação e inclinação da cabeça)	Apresenta força de grau 4 no movimento da elevação do ombro direito e grau 5 na rotação e flexão lateral da cabeça para o lado direito. Tem força de grau 5 na elevação do ombro esquerdo e rotação e flexão lateral da cabeça para a esquerda (avaliada força muscular recorrendo à escala Medical Research Council – Anexo V)
XII – Grande Hipoglosso (motricidade dos músculos da língua – mastigação, deglutição, articulação das palavras)	Apresenta desvio da língua para a direita Sem alterações na mastigação Apresenta disartria

Quadro 3 – Avaliação Pares Cranianos

2.1.3. Sensibilidade

Não foram detetadas alterações ao nível da sensibilidade térmica e dolorosa em ambos os hemicorpos.

Apresenta hipostesia no hemicorpo direito, sendo que, isoladamente, consegue identificar qual o segmento corporal em que está a ser tocado.

Sem alterações da sensibilidade profunda.

2.1.4. Força e Tónus Muscular

Para avaliar a força muscular foi utilizada a Escala Medical Research Council e para avaliar o tónus muscular recorreu-se à Escala de Ashworth Modificada.

Os resultados da avaliação inicial encontram-se descritos pormenorizadamente no quadro que se segue:

Segmentos	Movimentos	Medical Research Council	Escala de Ashworth Modificada
		27/11	27/11
		D/E	D/E
Cabeça e Pescoço	Flexão	5	0
	Extensão	5	0
	Flexão lateral esquerda	5	0
	Flexão lateral direita	4	0
	Rotação	4/5	0/0
Escapulo-umeral	Flexão	4/5	0/0
	Extensão	4/5	0/0
	Adução	4/5	0/0
	Abdução	4/5	0/0
	Rotação interna	4/5	0/0
	Rotação externa	4/5	0/0
Cotovelo	Flexão	4/5	0/0
	Extensão	4/5	0/0
Antebraço	Pronação	4/5	0/0
	Supinação	4/5	0/0
Punho	Flexão palmar	3/5	0/0
	Dorsi-flexão	3/5	0/0
	Desvio radial	3/5	0/0
	Desvio cubital	3/5	0/0
	Circundação	3/5	0/0
Dedos	Flexão	3/5	0/0
	Extensão	3/5	0/0
	Adução	3/5	0/0
	Abdução	3/5	0/0
	Oponência do polegar	3/5	0/0
Coxo-femural	Flexão	4/5	0/0
	Extensão	4/5	0/0
	Adução	4/5	0/0

	Abdução	4/5	0/0
	Rotação interna	4/5	0/0
	Rotação externa	4/5	0/0
Joelho	Flexão	4/5	0/0
	Extensão	4/5	0/0
Tibiotársica	Flexão plantar	4/5	0/0
	Dorsi-flexão	4/5	0/0
	Inversão	4/5	0/0
	Eversão	4/5	0/0
Dedos	Flexão	4/5	0/0
	Extensão	4/5	0/0
	Adução	4/5	0/0
	Abdução	4/5	0/0

Quadro 4 – Avaliação da força e tônus muscular

Relativamente à força muscular constata-se que o Sr. D.P. apresenta movimentos ativos contra gravidade e resistência, mas com força menor que o esperado, ao nível da articulação escapulo-umeral, cotovelo, antebraço, coxofemoral, joelho, tibiotársica e dedos do pé do hemicorpo direito. O punho e dedos da mão direita realizam movimentos contra a gravidade.

Da avaliação de força do hemicorpo esquerdo, observam-se movimentos ativos contra a gravidade e resistência, não se observando alteração da força.

Quanto ao tônus muscular, não há aumento aquando da mobilização dos segmentos corporais.

2.1.5. Coordenação Motora

Para avaliar este parâmetro recorreu-se à prova índice-nariz, bem como à prova calcanhar-joelho. Não se observaram alterações ao nível do hemicorpo esquerdo. No hemicorpo direito observa-se dismetria do membro superior e inferior. O Sr. D.P. hesita antes de tocar no joelho ou no nariz, falha e, em seguida, coloca o calcanhar ou o dedo indicador no lugar correto.

2.1.6. Equilíbrio

Avaliado equilíbrio através da Escala de Berg (Anexo VI), com um score total de 42, revelando bom equilíbrio e locomoção segura, mas com recomendação de assistência ou apoio de auxiliares de marcha.

2.1.7. Marcha

O Sr. D.P. apresenta marcha com passos irregulares, deixando o calcanhar bater no chão com força, postura rígida, com antepulsão do tronco, e sem oscilação dos membros superiores

2.2. Requisitos Universais de Autocuidado

2.2.1. Manutenção de inspiração de ar suficiente

O Sr. D.P. encontra-se eupneico com oximetria de pulso de 99% sem aporte de oxigênio. Pele e mucosas coradas.

- Inspeção Estática do Tórax: tórax simétrico, sem alterações ao nível da morfologia, deformações, alterações cutâneas nem hipocratismo digital
- Inspeção Dinâmica do Tórax: ventilação espontânea e tórax simétrico. Respiração predominantemente torácica, regular e superficial.
- Palpação: sem alterações na expansibilidade. Não se observaram tumefações ou lesões cutâneas. Sem pontos dolorosos, desvio na traqueia, adenopatias, atritos/crepitações.
- Percussão: sem alterações
- Auscultação pulmonar: murmúrio vesicular mantido bilateralmente. Sem presença de ruídos adventícios

2.2.2. Manutenção de ingestão suficiente de água e alimentos

O Sr. D.P. pesa cerca de 106 Kg e mede cerca de 1,88m, apresentando um Índice de Massa Corporal de 30 (obesidade). No domicílio é o próprio que confecciona as refeições, cerca de 3 refeições por dia: pequeno almoço, almoço e jantar. Refere que ingere cerca de 1L de água por dia. Ingere uma dieta geral, sem restrições

Por força grau 3/4 no membro superior direito (membro dominante), necessita de ajuda mínima para fracionar alimentos no prato (score 4: MIF – anexo XI e score 5 no Índice de Barthel). Sem dificuldades na mastigação dos alimentos.

Aplicada escala de GUSS com um score total de 20 (Disfagia ligeira/sem disfagia. Risco mínimo de aspiração – Anexo IX.)

2.2.3. Promoção dos cuidados associados com a eliminação

O Sr. D.P. não apresenta alterações na continência vesical e intestinal, relacionadas com o AVC (score 7 na MIF – Anexo XI).

Relativamente à eliminação vesical, o Sr. D.P. urina no WC, sendo autónomo na deslocação (score 15 no Índice de Barthel – Anexo X).

Apresenta trânsito intestinal regulado, com frequência em dias alternados, cujas características se descrevem como pastosas, castanhas em moderada quantidade.

2.2.4. Manutenção do equilíbrio entre atividade e o descanso

Relativamente aos parâmetros vitais, em repouso, apresenta tensão arterial de 127/81 mmHg, frequência cardíaca de 96 bpm, temperatura timpânica de 36,3°C, frequência respiratória de 14 cpm e oximetria de pulso de 99%. Sem dor.

O sr. D.P era autónomo previamente ao AVC. Refere que iniciava o seu dia cerca da 5h, caminhava com o cão durante 15-30 min. Depois, ia para casa onde ficava a jogar computador até cerca das 8h30, altura em que preparava o pequeno almoço. O restante dia ficava em casa, voltando a sair por volta das 18h30.

Atualmente, apresenta diminuição de força no hemicorpo direito, com predomínio braquial (Anexo V), sem aumento de tónus muscular em nenhum dos segmentos mobilizados. A alteração destes parâmetros condiciona a realização dos autocuidados comer e beber, vestir e despir e higiene (score 4 na MIF – Anexo XI e score 5 no Índice de Barthel – Anexo X)

Para estabelecer um plano de atividades com limites de esforço seguros para a pessoa, foi aplicada a Escala de Borg Modificada (Anexo I) – Avaliação da percepção subjetiva do esforço. Esta foi aplicada em todas as intervenções realizadas.

Exercícios/Atividades/Intervenções	27/11
Exercícios de reeducação dos músculos faciais e fonação (10 minutos)	0,5
Exercícios de comunicação	0,5
Mobilizações ativas e ativas resistidas hemicorpo direito (10 repetições cada segmento)	1
Exercícios de treino da motricidade fina (10 repetições)	1
Exercícios de treino de equilíbrio estático em pé (10 repetições)	0,5
Treino de Marcha (40 metros)	0,5

Quadro 5 – Avaliação tolerância à atividade

Sono e repouso: apresenta um padrão de sono e repouso regular. Refere que este não se modificou com a sua atual situação

2.2.5. Manutenção do equilíbrio entre solidão e a interação social

As alterações ao nível da comunicação, decorrentes do AVC, condiciona a sua interação social, levando a sentir-se frustrado por não conseguir transmitir a mensagem.

Relativamente às alterações motoras, estas não condicionam a sua deslocação autónoma.

2.2.6. Prevenção dos riscos para a vida humana, para o funcionamento humano e para o bem-estar humano

O Sr. D.P. não tem historial de quedas nos últimos 3 meses. Contudo, recorrendo ao Timed Up and Go Test,(Anexo VII) constata-se que existe risco de queda.

Apresenta baixo risco de desenvolver úlcera de pressão, tendo-se aplicado a Escala de Braden – score total de 20 (Anexo XII).

3. PLANO DE CUIDADOS

Neste seguimento e, perante a Avaliação Inicial realizada, procede-se ao levantamento dos Diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação (com recurso à Taxonomia da NANDA) e, posteriormente, ao planeamento de Intervenções de Enfermagem de Reabilitação e Avaliação dos seus resultados.

Desta forma, determinaram-se os seguintes requisitos de autocuidado:

- Memória e atenção prejudicadas relacionada com AVC, manifestada por défice cognitivo (MoCA – Anexo II e NIHSS – Anexo IV)
- Comunicação verbal prejudicada relacionada com AVC, manifestada por disartria leve a moderada (NIHSS – Anexo IV) e afasia leve a moderada (NIHSS – Anexo IV)
- Estado emocional comprometido relacionado com afasia leve a moderada e força de grau 3/4 membro superior direito, manifestado por frustração e ansiedade
- Mobilidade física prejudicada relacionada com AVC, manifestada por:
 - força de grau 3/4 no membro superior direito
 - força muscular grau 4 membro inferior direito
 - alteração do equilíbrio dinâmico em pé
- Sensibilidade prejudicada relacionada com AVC manifestada por hipostesia hemicorpo direito
- Défice no autocuidado para alimentação relacionado com força grau 3/4 no membro superior direito manifestado por ajuda mínima (MIF – Anexo XI)
- Défice no autocuidado para banho relacionado com força muscular grau 3/4 no membro superior direito manifestado por ajuda mínima (MIF – Anexo XI)
- Défice no autocuidado para vestir-se relacionado com força muscular grau 3/4 no membro superior direito manifestado por ajuda mínima (MIF – Anexo XI)
- Risco de queda relacionado com alteração do equilíbrio estático em pé

Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Nome: D.P.

Idade: 61 anos

Diagnóstico: AVC hemorrágico capsular esquerdo

Antecedentes Pessoais: Hipertensão arterial, polineuropatia dos membros inferiores sensitivo-motora e ex-fumador

Diagnóstico de Enfermagem	Objetivo	Intervenções de Enfermagem de Reabilitação	Avaliação
<p><u>27/11/2018</u></p> <p>Memória e atenção prejudicadas relacionada com AVC, manifestada por défice cognitivo (MoCA – Anexo II e NIHSS – Anexo IV)</p>	<ul style="list-style-type: none">Promover a estimulação da memória	<ul style="list-style-type: none">Monitorizando o estado mental, usando o Montreal Cognitive Assessment sempre que se observe alguma alteraçãoProporcionando um ambiente calmo, com o mínimo de ruído e distraçõesEstimulando a memória imediata e curto prazo questionando sobre dia, mês e anos atuais, última refeição, fornecendo uma sequência de números/palavras e pedir para repetir imediatamente e 5 minutos após terem sido ditos, se necessário fornecer pistas	<p><u>30/11/2018</u></p> <p>Num primeiro contacto foi aplicada a MoCA, com um resultado de 14 (défice cognitivo – Anexo II), e a NIHSS, com resultado de 8 (Anexo IV). Foram constatadas alterações ao nível da orientação, atenção e evocação.</p> <p>No início da intervenção, o Sr. D.P. foi questionado sobre o dia da semana, dia do mês, mês, estação do ano, ano e local onde se encontra. Foi capaz de dizer o mês e a estação do ano, tendo sido fornecidas pistas e hipóteses de escolha múltipla para as restantes perguntas.</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Chamando a pessoa pelo nome, encorajando-a a manter o foco na atividade que se está a realizar • Comunicando com a pessoa de forma clara, recorrendo a frases curtas e objetivas 	<p>Questionado sobre a sua profissão e rotina diária, respondendo com alguma dificuldade devido ao quadro afásico.</p> <p>Questionado sobre o nome da esposa, filha. Refere não se lembrar do nome da esposa.</p> <p>Foram fornecidas sequências de 5 números e pedido para repetir imediatamente após. Conseguiu repetir 3 números. Incentivado a evocar 5 minutos após, não tendo sido capaz.</p> <p>Apesar de a intervenção ter ocorrido num local calmo, o sr. D.P. dispersava a sua atenção com alguma facilidade, sendo encorajado a manter o foco na atividade, com alguma frequência.</p> <p style="text-align: center;"><u>Semana de 3/12 a 7/12</u></p> <p>Nesta semana, o sr. D.P. conseguiu dizer o dia da semana, dia do mês, mês e estação do ano. Quanto ao ano e local necessitou de ajuda visual. Quanto à sua profissão era capaz de dizer palavras relacionadas com a mesma. Manteve dificuldade em dizer o nome da esposa.</p>
--	--	---	---

			<p>Fornecidas 5 palavras, tendo sido capaz de as repetir no imediato, mas não após 5 minutos.</p> <p><u>Semana de 10/12 a 14/12</u></p> <p>O sr. D.P. consegue dizer o dia da semana, dia do mês, mês, ano, estação do ano, local e profissão, sem ajuda. Descreve a sua rotina diária, com pouca dificuldade.</p> <p>Fornecidas 5 palavras, tendo sido capaz de as repetir no imediato. Após 5 minutos repete duas palavras sem ajuda e as restantes com hipóteses de escolha múltipla.</p> <p><u>12/12/2018</u></p> <p>Nesta avaliação verificou-se uma melhoria ao nível da orientação, atenção e evocação, visível no resultado obtido através da MoCA – score 25 (Anexo II).</p> <p>Também o parâmetro relativo à orientação da NIHSS passou de 1 para 0 (responde corretamente às duas questões – Anexo IV).</p>
--	--	--	--

<p style="text-align: center;"><u>27/11/2018</u></p> <p>Comunicação verbal prejudicada relacionada com AVC, manifestada por disartria leve a moderada (NIHSS – Anexo IV) e afasia leve a moderada (NIHSS – Anexo IV)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover uma comunicação eficaz e adequada <ul style="list-style-type: none"> • Melhorar a articulação das palavras • Promover simetria facial • Aumentar a força da musculatura facial • Maximizar as capacidades da pessoa para a comunicação 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizando o estado mental, usando o Montreal Cognitive Assessment sempre que se observe alguma alteração • Gerindo o ambiente físico (diminuindo focos de distração) • Demonstrando disponibilidade para ouvir • Encorajando a pessoa a falar • Não interrompendo enquanto a pessoa está a falar • Falando de frente para a pessoa, fornecendo pistas de expressão e orofaciais, quando necessário • Reformulando as mensagens em voz alta, comprovando o que foi dito • Incentivando a pessoa a concentrar-se na formação das palavras • Ignorando erros, palavrões e pronúncia imperfeita • Minimizando os sentimentos de frustração quando a pessoa percebe que não consegue transmitir a mensagem • Incentivando a pessoa a conversar pausadamente, pronunciando uma palavra de 	<p style="text-align: center;"><u>30/11/2018</u></p> <p>Instruído sobre exercícios de fortalecimento da musculatura facial com resistência e exercícios de fonação. Entregue material educativo existente no serviço (Anexo XIII).</p> <p>Estimulado a comunicar verbalmente, através da repetição do alfabeto, da descrição de situações e nomeação de objetos, com apoio visual. O Sr. D.P. mantém um discurso rápido com um débito de palavras aumentado, com pouco conteúdo informativo, utilizando palavras incorretas e recorrendo a parafrases e circunlóquios. Contudo, é capaz de reconhecer quando utiliza palavras incorretas, fazendo uma pausa no discurso para conseguir dizer a palavra certa.</p> <p>Demonstra grande frustração quando não consegue transmitir a mensagem que pretende.</p> <p style="text-align: center;"><u>Semana de 3/12 a 7/12</u></p> <p>Supervisionada realização dos exercícios de fortalecimento da musculatura facial e fonação.</p>
---	--	---	---

		<p>cada vez, repetindo a mensagem quando esta não é perceptível e corrigindo a articulação das palavras, se necessário</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incentivando a pessoa a utilizar frases curtas, claras e diretas, aumentando gradativamente a sua extensão • Fazendo questões dicotômicas (“sim” e “não”) • Executando exercícios de nomeação de objetos, descrição de situações, completar frases, exercícios de associação e de treino de vocabulário (2 vezes dia, durante 20 minutos), com recurso a vários métodos (usando papel e caneta, quadro com letras do alfabeto, usando cartazes e figuras – Apêndice I) • Ensinando, instruindo, treinando e incentivando a pessoa a realizar exercícios de reeducação da musculatura facial (unir sobrancelhas, enrugar a testa, elevar sobrancelhas, fechar os olhos abruptamente, sorrir, mostrar os dentes, assobiar, encher a boca de ar, depressão do lábio inferior, estalar os lábios, lateralizar e retrair os lábios, beber por uma palhinha) e exercícios de fonação (tossir, pigarrear, riso, 	<p>Realizados exercícios de nomeação de objetos e descrição de situações simples (relacionadas com atividades de vida diárias), inicialmente com apoio visual (imagens, quadros) e pistas de expressão ou orofaciais.</p> <p>O sr. D.P. esforça-se para falar mais pausadamente, apresentando um discurso com menor débito, mas com palavras mais corretas. Mantém o recurso a circunlóquios.</p> <p>Elaborado documento com exercícios de comunicação</p> <p style="text-align: center;"><u>Semana de 10/12 a 14/12</u></p> <p>Realiza correta e autonomamente os exercícios de fortalecimento da musculatura facial e de fonação.</p> <p>Realizados exercícios de completar frases, exercícios de associação, treino de vocabulário e repetição do alfabeto sem apoio visual. Refere que as palavras fluem mais facilmente, contudo ainda necessita de algumas pistas (primeira letra/sílaba da palavra)</p>
--	--	--	---

		<p>protusão e elevação da língua, emitir la la la, ca ca ca, 249 apa pa, a a a a, bocejar e suspirar) em frente ao espelho (2 vezes dia, durante 10 minutos)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Providenciando material educativo existente no serviço (Anexo XIII) • Valorizando os progressos alcançados e dando reforço positivo 	<p><u>12/12/2018</u></p> <p>Nesta avaliação verificou-se uma melhoria ao nível da compreensão, nomeação (score 3), linguagem (mantém score 2, no entanto consegue dizer mais palavras começadas pela letra P) e abstração (score 2), visível no resultado obtido através da aplicação da MoCA (Anexo III).</p> <p>Quanto à disartria e motricidade facial, denota-se discreta melhoria, contudo mantém score 1 na Escala de NIHSS (Anexo IV)</p>
<p><u>27/11/2018</u></p> <p>Estado emocional comprometido relacionado com afasia leve a moderada e limitações funcionais, manifestado por frustração e ansiedade</p>	<p>Melhorar a autoestima face à sua atual condição de saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionando um ambiente calmo e tranquilo • Executando exercícios de relaxamento, enfatizando a respiração diafragmática (inspirações profundas e lentas) antes das intervenções e sempre que necessário • Demonstrando disponibilidade para ouvir/escuta ativa • Incentivando a pessoa a expressar as suas preocupações e sentimentos, procurando estabelecer uma relação de empatia 	<p><u>30/11/2018</u></p> <p>Da análise da avaliação inicial foi possível constatar que as alterações decorrentes do AVC, nomeadamente ao nível da comunicação e mobilidade do membro superior direito, tiveram repercussões no estado emocional do sr. D.P. e sua autoestima. Expressa verbal e não verbalmente frustração, ansiedade e tristeza por não conseguir transmitir a mensagem e pela limitação na realização de determinadas atividades (banho, comer e</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Promovendo aceitação do seu estado de saúde • Permitindo o choro • Respondendo de forma simples e objetiva às suas dúvidas • Estabelecendo objetivos reais e concretizáveis • Elogiando as pequenas conquistas durante o processo de reabilitação • Incentivando a realização dos exercícios propostos, com vista uma maior autonomia 	<p>beber, vestir, escrever, marcha com segurança).</p> <p>Neste sentido, procedeu-se ao planeamento do processo de reabilitação com o sr. D.P., ao estabelecimento de objetivos a curto prazo e concretizáveis, bem como, a sua execução.</p> <p><u>Semana de 3/12 a 7/12</u></p> <p>Durante esta semana, o sr. D.P. foi incentivado/instruído para a realização das AVD e determinados exercícios, conferindo-lhe maior autonomia. Este passo levou a que o Sr. D.P. se sentisse mais motivado para a realização das intervenções.</p> <p>Contudo, aquando da realização de alguns exercícios, que tinha mais dificuldade em concretizar, mostrava grande frustração, chegando a referir que estava “chateado consigo mesmo” (SIC). Foi reforçado que este processo de reabilitação era moroso, que dependia, também, da absorção do hematoma. Foram, igualmente, enfatizadas todas as conquistas que já havia conseguido desde o episódio de AVC.</p>
--	--	--	--

			<p style="text-align: center;"><u>Semana de 10/12 a 14/12</u></p> <p>No início desta semana, o sr. D.P. solicitou a minha presença nas sessões de fisioterapia, terapia ocupacional e terapia da fala, para que pudesse observar o seu progresso. Mostrou-se mais determinado e motivado.</p> <p>Tendo em conta que o sr. D.P. tinha por rotina fazer caminhadas, foi questionado se não queria sair do serviço e andar pelo perímetro hospitalar. Ao que acedeu. Foi incentivado a nomear objetos, referir o seu uso, ler placas e descrever acontecimentos da sua vida. Durante o discurso mostrou-se bem-disposto.</p> <p style="text-align: center;"><u>12/12/2018</u></p> <p>Este percurso de reabilitação teve alguns ganhos, particularmente o ser capaz de realizar os autocuidados autonomamente, marcha com segurança, aumento da força do membro superior direito e comunicação mais eficaz.</p> <p>Globalmente apresenta melhoria do seu estado emocional.</p>
--	--	--	--

<p style="text-align: center;"><u>27/11/2018</u></p> <p>Mobilidade física prejudicada relacionada com AVC, manifestada por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Força de grau 3/4 no membro superior direito • força muscular grau 4 membro inferior direito • alteração do equilíbrio dinâmico em pé 	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenir alterações musculoesqueléticas <ul style="list-style-type: none"> • Conservar a amplitude articular e manter a integridade das estruturas osteoarticulares • Recuperar ou aumentar o grau de força muscular do membro inferior direito • Prevenir e inibir a instalação da espasticidade e suas complicações <ul style="list-style-type: none"> • Estimular sensibilidade proprioceptiva e movimentos no hemicorpo direito • Integrar os membros afetados do 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizando a força muscular (<i>Medical Research Council</i>), o tônus muscular (Escala de <i>Ashworth</i> Modificada) e o equilíbrio (Escala de Berg), sempre que se observe alguma alteração • Monitorizando a tolerância aos exercícios e atividades, aplicando a escala de Borg (Anexo I) • Encorajando a participação da pessoa nos exercícios e na realização das AVD • Executando mobilizações ativas resistidas no membro superior direito (inicialmente com garrafa de água de 33cl e, posteriormente com garrafa de água de 50 cl e de 1L): 1 sessão de 10 repetições de movimentos de flexão extensão do cotovelo, circundação, pronação supinação, desvio cubital e radial do punho, flexão, extensão, adução e abdução dos dedos e oponência do polegar. • Executando exercícios de treino da motricidade fina (colocar peças de dominó na caixa, apertar bolas de diversos tamanhos, enrolar e desenrolar ligaduras, abotoar botões de uma camisa, abrir e fechar uma garrafa de água, 	<p style="text-align: center;"><u>30/11/2018</u></p> <p>A alteração da mobilidade decorrente do AVC constitui-se como um importante desafio para o Sr. D.P., cuja expectativa inicial prendia-se com a realização autónoma dos autocuidados, marcha com segurança e maximização da funcionalidade do membro superior direito.</p> <p>A intensidade e quantidade de exercícios realizados foram de acordo com a tolerância (escala de Borg – Anexo I) e disposição do Sr. D.P.</p> <p>Antes de iniciar qualquer intervenção, foi efetuada uma breve abordagem sobre os exercícios programados, tendo em consideração a decisão da pessoa, o que possibilitou a participação ativa nos exercícios previstos, permitindo que as intervenções planeadas fossem concretizadas.</p> <p>Inicialmente, foi instruído/encorajado a participar na realização das AVD, tendo sido ensinadas estratégias adaptativas.</p> <p>Instruído a realizar mobilizações ativas resistidas de todos os segmentos do membro</p>
--	--	---	---

	<p>hemisfério direito no esquema corporal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reeducação mecanismo reflexo-postural • Reeducação o equilíbrio estático em pé 	<p>aduzir e abduzir os dedos com resistência de um elástico, oposição do polegar, fazer laços com um cordão e escrita), recorrendo a técnicas como de terapia de espelho, treino de movimento bilateral, terapia de movimento induzido pela restrição e imagem motora (1 vez dia, 20 minutos)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Executando mobilizações ativas resistidas no membro inferior direito: 1 sessão de 10 repetições de movimentos de rotação interna e externa da coxofemoral, flexão e extensão do joelho e dorsiflexão e flexão plantar • Executando exercícios de equilíbrio estático em pé, recorrendo à barra do fundo da cama, se necessário: flexão lateral e anterior do tronco; abdução, adução, flexão e extensão da coxofemoral; dorsiflexão e extensão do pé (colocar-se em ponta de pés e em calcanhares). • Executando treino de marcha em superfícies regulares e irregulares, subir e descer escadas, com correção postural sempre que necessário • Executando exercícios de alongamento 	<p>superior direito (com garrafa de água de 33cl) e membro inferior direito.</p> <p>Realizado treino de equilíbrio estático em pé (com apoio da barra da cama) e treino marcha (40 metros), com correção postural.</p> <p>A disposição do mobiliário do quarto foi otimizada, colocando-se a mesa de cabeceira do lado afetado (direito).</p> <p style="text-align: center;"><u>Semana de 3/12 a 7/12</u></p> <p>Realizou mobilizações ativas resistidas de todos os segmentos do membro superior direito (com garrafa de água de 50cl) e membro inferior direito.</p> <p>Executou exercícios de treino da motricidade fina: colocou peças de dominó na caixa, aduziu e abduziu os dedos com resistência de um elástico e fez oposição do polegar, com o membro superior menos afetado, recorrendo à terapia de espelho. Com o membro afetado, apertou bolas de diversos tamanhos, enrolou e desenrolou uma ligadura. Incentivando a visualizar o movimento antes de o realizar.</p>
--	---	---	---

		<ul style="list-style-type: none"> • Promovendo a adequação da disposição do mobiliário no quarto • Incentivando e ensinando a pessoa para realização dos exercícios descritos 	<p>No final da semana, foi instruído a colocar as peças de dominó na caixa com o membro afetado. Após colocar 5 peças referiu que sentia a mão “muito cansada” (SIC).</p> <p>Demonstra dificuldade no movimento de pinça, contudo consegue usar o sistema de alavanca do ombro para levantar o braço e chegar aos objetos.</p> <p>Realizado treino de equilíbrio estático em pé (com apoio da barra da cama) e treino marcha (40 metros). Foi capaz de corrigir a sua postura autonomamente.</p> <p style="text-align: center;"><u>Semana de 10/12 a 14/12</u></p> <p>Realizou mobilizações ativas resistidas de todos os segmentos do membro superior direito (com garrafa de água de 1L) e membro inferior direito.</p> <p>Executou exercícios de treino da motricidade fina, com recurso à escrita/desenho e colocação de peças de dominó na caixa. Demonstra maior controlo do movimento ao nível do membro superior – desenha um círculo</p>
--	--	--	--

			<p>e quadrado com maior facilidade. Movimento de pinça mais eficaz.</p> <p>Supervisionada realização de exercícios de equilíbrio.</p> <p>Fez treino de subir e descer escadas e treino de marcha em piso irregular (rua).</p> <p style="text-align: center;"><u>12/12/2018</u></p> <p>A avaliação da força e tônus muscular encontra-se descrita no anexo V e, comparativamente com a avaliação inicial da força muscular, observam-se os seguintes ganhos nos</p> <p>Punho: força de grau 3 para grau 4 (flexão palmar, dorsiflexão, desvio radial e cubital e circundação)</p> <p>Dedos: força de grau 3 para grau 4 (flexão; extensão, adução e abdução)</p> <p>Relativamente ao tônus muscular, manteve ausência de espasticidade</p>
--	--	--	--

			<p>Quanto ao equilíbrio é notória uma melhoria a nível do equilíbrio ortostático (escala de Berg, score total de 52 – Bom equilíbrio Anexo IV).</p> <p>Globalmente, o Sr. D.P. apresenta melhoria da mobilidade traduzindo-se no aumento da força muscular no membro superior, no equilíbrio ortostático e marcha segura.</p>
<p><u>27/11/2018</u></p> <p>Sensibilidade comprometida relacionada com AVC manifestada por hipostesia do hemicorpo direito</p>	<ul style="list-style-type: none"> Promover a sensibilidade tátil no hemicorpo direito 	<ul style="list-style-type: none"> Massajar segmentos corporais do hemicorpo direito; Executando exercícios de estimulação tátil, através do contato dos segmentos corporais com diferentes texturas de determinados objetos (algodão, luvas de látex, cliques, moedas, tecido, velcro, bola de estimulação sensorial) – a pessoa mantém os olhos fechados, sendo incentivada a concentrar-se nas sensações 	<p><u>30/11 a 11/12/2018</u></p> <p>Realizados exercícios de estimulação tátil 1x/dia durante 10 minutos. Foram estimulados os 3 ramos do nervo trigémeo e membro superior direito.</p> <p><u>12/12/2018</u></p> <p>O Sr. D.P. consegue identificar a superfície corporal que está a ser estimulada, referindo que a diferença entre cada hemicorpo é menor. Contudo, a sensibilidade à direita mantém-se ligeiramente diminuída.</p>
<p><u>27/11/2018</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> Promover a recuperação e autonomia no 	<ul style="list-style-type: none"> Monitorizando o autocuidado através da análise das AVD, recorrendo ao Índice de Barthel 	<p><u>30/11/2018</u></p>

<p>Défi�e no autocuidado para alimentação relacionado com força grau 3/4 no membro superior direito manifestado por ajuda mínima (MIF – Anexo XI)</p> <p>D�fi�e no autocuidado para banho relacionado com força muscular grau 3/4 no membro superior direito manifestado por ajuda mínima (MIF – Anexo XI)</p> <p>D�fi�e no autocuidado para vestir-se relacionado com força muscular grau 3/4 no membro superior direito manifestado por ajuda mínima (MIF – Anexo XI)</p>	<p>autocuidado alimentar-se, banho e vestir e despir</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prevenir o declínio funcional 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizando a capacidade de participação da pessoa no autocuidado, controlo de esfínteres, mobilidade, locomoção, comunicação e cogni��o, através da Medida de Independ�ncia Funcional • Incentivando, ensinando e treinando a pessoa para o autocuidado • Incentivando/ensinando/instruindo sobre estratégias adaptativas para o autocuidado alimentação: <ul style="list-style-type: none"> • Inicialmente, incentivando a alimentar-se com o membro menos afetado (m�o esquerda), utilizando pratos c�ncavos, material antiderrapante e garrafa de �gua • Posteriormente, incentivando a pessoa a alimentar-se usando a m�o direita, com recurso a produtos de apoio, como talheres adaptados • Incentivando/ensinando/instruindo sobre estratégias adaptativas para o autocuidado banho: <ul style="list-style-type: none"> • Recorrer a produtos de apoio: banco e barras laterais de apoio 	<p>O Sr. D.P. foi instr�ido relativamente a técnicas adaptativas para os autocuidados banho, vestir e despir, comer e beber.</p> <p>Transmitido aos colegas do turno da tarde, aquando da chegada dos familiares do Sr. D.P., que solicitassem que estes trouxessem uma esponja de cabo extensível, roupa larga com elásticos, velcro ou fechos, e sapatos fechados com sola de borracha, f�ceis de apertar (se possível de velcro).</p> <p style="text-align: center;"><u>3/12 a 7/12</u></p> <p>A esposa do Sr. D.P. trouxe uma esponja de cabo extensível, fatos de treino e t-shirts e t�nis apertados com tiras de velcro.</p> <p>Supervisionado autocuidado para banho: consegue lavar e secar toda a superfície corporal autonomamente com a mão direita, sentando numa cadeira de duche e com recurso a uma esponja de cabo extensível.</p> <p>� capaz de realizar autonomamente a sua higiene oral e facial.</p>
---	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> • testar a temperatura da água com o hemicorpo menos afetado • lavar de toda a superfície corporal, de forma sequenciada, usando a esponja na mão direita • estratégias para lavar os membros inferiores (flexão do tronco) e uso de esponja com cabo extensível para lavar as costas. • secar as regiões corporais, com a toalha na mão não afetada. • na higiene oral: colocar a mão afetada no lavatório, e aplicar no seu dorso a pasta de dentes, passando com a escova nesse local de forma a iniciar a higiene oral. • Higiene facial através da passagem da mão não afetada pela face. • Incentivando/ensinando/instruindo sobre estratégias adaptativas para o autocuidado vestir: <ul style="list-style-type: none"> • O hemicorpo afetado é o primeiro a vestir e o último a despir 	<p>Supervisionado autocuidado vestir e despir. Autônomo a vestir a metade superior, metade inferior e sapatos.</p> <p>Relativamente ao autocuidado comer e beber, foi capaz de levar a comida do prato à boca e beber água da garrafa, autonomamente, com a mão esquerda. No entanto foi necessário fracionar a comida no prato.</p> <p style="text-align: center;"><u>Semana de 10/12 a 14/12</u></p> <p>Realiza os autocuidados banho e vestir e despir autonomamente e com segurança, com recurso a produtos de apoio.</p> <p>Relativamente ao autocuidado comer, foi incentivado a comer com talheres adaptados, com boa adesão.</p> <p>No dia 11/12, foi supervisionado autocuidado comer com talheres adaptados. Bem adaptado.</p> <p style="text-align: center;"><u>12/12/2018</u></p> <p>Da avaliação global dos autocuidados, verifica-se que o Sr. D.P. transitou de uma dependência leve (score total de 70 – Índice de Barthel –</p>
--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> • vestir e despir a ½ superior: colocar a peça de roupa no colo, vestir a manga do membro mais afetado, puxar até ao ombro e costas, passar a cabeça pela gola da camisola e, a seguir, vestir o membro menos afetado • vestir e despir a ½ inferior: cruzar a perna afetada sobre a não afetada para iniciar o vestuário das calças; • calçar as meias e os sapatos no pé afetado e no pé não afetado • características do vestuário: as roupas devem ser largas, com elasticidade, com elásticos, velcro ou fecho. Os sapatos devem ser fechados (de preferência com velcro) e com sola de borracha • Promovendo o envolvimento do cuidado na assistência e supervisão do autocuidado • Valorizando os pequenos progressos 	Anexo X) para independência (score total 100 Índice de Barthel – Anexo X). Quanto à sua participação nos mesmos, esta também aumentou (de um score de 85 para um score 112 – MIF - Anexo XI)
<u>27/11/2018</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenir quedas 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizando o risco de queda, através do Timed Up and Go Test, sempre que se observe alguma alteração 	<p><u>12/12/2018</u></p> <p>O Sr. D.P. apresenta uma melhoria no equilíbrio estático e dinâmico em pé, como é possível observar através da escala de Berg (score 52 -</p>

Risco de queda relacionado alteração do equilíbrio estático em pé		<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizando o equilíbrio, através da Escala de Berg, sempre que se observe alguma alteração • Executando exercícios de equilíbrio estático em pé (alternância de cargas nos membros inferiores) • Executando treino de marcha em superfícies regulares e irregulares, subir e descer escadas, com correção postural sempre que necessário • Ensinando a pessoa e família sobre adaptação às barreiras arquitetônicas (mobília, tapetes, pisos escorregadios), uso de vestuário adequado e produtos de apoio para autocuidado banho (banco, barras laterais de apoio) 	<p>Bom equilíbrio – Anexo VI), o que se traduz na inexistência de risco de queda, por locomoção segura.</p> <p>Sem ocorrência de quedas durante o programa de reabilitação.</p>
---	--	---	---

Quadro 6 – Plano de Cuidados

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente Estudo de Caso pretende mostrar o desenvolvimento de uma prática especializada de enfermagem de reabilitação, através da avaliação e monitorização do Sr. D.P. com recurso a escalas específicas para possibilitar uma avaliação mais pormenorizada e precisa das alterações decorrentes do AVC. Neste sentido, foi possível definir intervenções específicas que respondessem às necessidades e expectativas do sr. D.P. Este processo traduziu-se numa melhoria das capacidades suas funcionais, nomeadamente:

- orientação, atenção e evocação, visível no resultado obtido através da MoCA – score 25 (Anexo III). Também o parâmetro relativo à orientação da NIHSS passou de 1 para 0 (responde corretamente às duas questões – Anexo IV)
- mobilidade traduzindo-se num aumento da força muscular no membro superior direito (Medical Research Council – Anexo V), essencialmente na funcionalidade da mão (melhoria da função executiva – MoCA: Anexo III), e no equilíbrio ortostático (Escala de Berg – score 52 – Anexo VI)
- sensibilidade tátil, sendo capaz de identificar a superfície corporal que está a ser tocada
- maior participação na realização das atividades de vida diária comer e beber, banho e vestir e despir, passando de supervisão/ajuda mínima para independência modificada/independência (MIF – Anexo XI). Quanto ao seu grau de dependência, passou de leve a independente (Índice de Barthel – Anexo X).

De ressaltar, que na enfermagem, a comunicação assume-se como um instrumento fundamental no estabelecimento de uma relação com a pessoa, sendo essencial na identificação e satisfação das suas necessidades, bem como, na promoção da sua autoconfiança e autoestima. Neste contexto, a presença de afasia, conduziu a uma alteração na comunicação, dificultando a comunicação verbal, limitando a fluência e compreensão do discurso, levando a que a pessoa se sinta angustiada, ansiosa e desesperada por não conseguir expressar o que pretende e, por outro lado, sentimentos de frustração e desilusão por parte do profissional de saúde por não entender o discurso.

Desta forma, a intervenção de enfermagem à pessoa com afasia constituiu-se como um dos maiores desafios neste processo. Neste sentido, recorreu-se à pesquisa bibliográfica para desenvolver conhecimentos sobre os diferentes tipos de afasia e estratégias de intervenção que facilitassem todo o processo terapêutico.

É, também, importante fazer referência ao papel da família como um parceiro essencial no processo de reabilitação. Contudo, um dos constrangimentos prendeu-se com o contacto com a família, uma vez que visitavam o sr. D.P. cerca das 18h (turno da tarde). Neste sentido, a informação foi transmitida em passagem de turno, para que a família fosse igualmente ensinada sobre estratégias adaptativas para a realização dos autocuidados, bem como adaptação às barreiras arquitetónicas.

Concluindo, a realização do presente Estudo de Caso permitiu desenvolver e aprofundar conhecimentos relativos à função motora, mais especificamente ao nível do membro superior, equilíbrio e marcha, função cognitiva (memória, atenção e linguagem) e treino de AVD (banho, vestir e despir, comer e beber). Possibilitou, igualmente, a elaboração e implementação de planos de enfermagem de reabilitação, cujo objetivo final se prendia com a maximização da funcionalidade e autonomia da pessoa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Hemphill, J., Greenberg, S., Anderson, C., Becker, K., Bendok, B., Cushman, M., Fung, G., Goldstein, J., Macdonald, R., Mitchell, P., Scott, P., Selim, M., Woo, D. (2015). Guidelines for the management of spontaneous intracerebral hemorrhage: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* vol. 46, pp. 2032–2060

Ko, H., Choi, K., Lee, S. (2012). Clinical syndromes and management of intracerebral hemorrhage. *Current Atheroscler Reports*, vol. 14(4), pp 307-313

Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I., Vieira, C. (2012). *Reabilitar a Pessoa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusodidacta

Neto, O., Filho, J., Valiente, R., Friedrich, M., Pedreira, B., Rodrigues, B., Liberato, B., Freitas, G. (2009). Diretrizes para o manejo de pacientes com hemorragia intraparenquimatosa cerebral espontânea. *Arquivo Neuropsiquiatria* vol. 67(3-B), pp. 940-950

Ojemann, R., Heros, R. (1983). Progress in Cerebrovascular Disease - Spontaneous Brain Hemorrhage. *Surgical Management of Cerebrovascular Disease*, pp. 468-475

ANEXOS

ANEXO I – Escala de Borg Modificada

0	Nenhuma
0,5	Muito, muito leve
1	Muito leve
2	Leve
3	Moderada
4	Pouco intensa
5	Intensa
6	
7	Muito intensa
8	
9	Muito, muito intensa
10	Máxima

Fonte: file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/Avaliacao_do_uso_da_Escala_Modificada_de_Borg_na_c.pdf

ANEXO II – MoCA (Montreal Cognitive Assessment 27/11)

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)

VERSÃO PORTUGUESA – 7.1 VERSÃO ORIGINAL

Nome: _____ Idade: _____

Género: _____ Data de Nascimento: _____

Escolaridade: _____ Data de Avaliação: _____

VISUO-ESPACIAL / EXECUTIVA		Pontos						
		Copiar o cubo []	Desenhar um Relógio (onze e dez) (3 pontos) []	0/5				
NOMEAÇÃO		Pontos						
			[x] [x] []	2/3				
MEMÓRIA	Leia a lista de palavras. O sujeito deve repeti-la. Realize dois ensaios. Solicite a evocação da lista 5 minutos mais tarde.	Boca 1º ensaio [x] 2º ensaio []	Linho 1º ensaio [x] 2º ensaio []	Igreja 1º ensaio [x] 2º ensaio []	Cravo 1º ensaio [] 2º ensaio []	Azul 1º ensaio [] 2º ensaio []	Sem Pontuação	
ATENÇÃO	Leia a sequência de números. (1 número/segundo)	O sujeito deve repetir a sequência. [x] 2 1 8 5 4 O sujeito deve repetir a sequência na ordem inversa. [] 7 4 2			1/2			
Leia a série de letras (1 letra/segundo). O sujeito deve bater com a mão cada vez que for dita a letra A. Não se atribuem pontos se ≥ 2 erros		[] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOFAB			0/1			
Subtrair de 7 em 7 começando em 100.		[] 93	[] 86	[x] 79	[x] 72	[] 65	2/3	
4 ou 5 subtrações correctas: 3 pontos; 2 ou 3 correctas: 2 pontos; 1 correcta: 1 ponto; 0 correctas: 0 pontos								
LINGUAGEM	Repetir: Eu só sei que hoje devemos ajudar o João.	[x]	O gato esconde-se sempre que os cães entram na sala.			[x]	2/2	
Fluência verbal: Dizer o maior número possível de palavras que comecem pela letra "P" (1 minuto).		[] _____ (N ≥ 11 Palavras)			0/1			
ABSTRACÇÃO	Semelhança p.ex. entre banana e laranja = fruta [x] comboio - bicicleta [] relógio - régua					1/2		
EVOCAÇÃO DIFERIDA	Deve recordar as palavras SEM PISTAS	Boca []	Linho []	Igreja []	Cravo []	Azul []	Pontuação apenas para evocação SEM PISTAS	0/5
Opcional	Pista de categoria							
	Pista de escolha múltipla				x			
ORIENTAÇÃO	[] Dia do mês [x] Mês [x] Ano [x] Dia da semana [] Lugar [x] Localidade						4/6	
© Z.Nasreddine MD							Examinador: _____	
Versão Portuguesa: Freitas, S., Simões, M. R., Santana, I., Martins, C. & Nasreddine, Z. (2013). Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Versão 1. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.							TOTAL 13/30	

Adicionar um ponto se ≤ 12º ano de escolaridade

Normal ≥ 26/30

ANEXO III – MoCA (Montreal Cognitive Assessment 12/12)

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)
VERSÃO PORTUGUESA – 7.1 VERSÃO ORIGINAL

Nome: _____ Idade: _____
 Género: _____ Data de Nascimento: _____
 Escolaridade: _____ Data de Avaliação: _____

VISUO-ESPACIAL / EXECUTIVA		Pontos					
<div> </div>		<div> </div>	<div> </div>	3/5			
<div> <p>Copiar o cubo</p> </div>		<div> <p>Desenhar um Relógio (onze e dez) (3 pontos)</p> </div>					
<div> <p>[]</p> </div>		<div> <p>[x]</p> </div>	<div> <p>[]</p> </div>	<div> <p>[x]</p> </div>			
<div> <p>Contorno</p> </div>		<div> <p>Números</p> </div>	<div> <p>Ponteiros</p> </div>				
NOMEAÇÃO							
<div> </div>		<div> </div>	<div> </div>		3/3		
<div> <p>[x]</p> </div>		<div> <p>[x]</p> </div>	<div> <p>[x]</p> </div>				
MEMÓRIA							
<div> <p>Leia a lista de palavras. O sujeito deve repeti-la. Realize dois ensaios. Solicite a evocação da lista 5 minutos mais tarde.</p> </div>		<div> <p>Boca</p> </div>	<div> <p>Linho</p> </div>	<div> <p>Igreja</p> </div>	<div> <p>Cravo</p> </div>	<div> <p>Azul</p> </div>	<div> <p>Sem Pontuação</p> </div>
<div> <p>1º ensaio</p> </div>							
<div> <p>2º ensaio</p> </div>							
ATENÇÃO							
<div> <p>Leia a sequência de números. (1 número/segundo)</p> </div>		<div> <p>O sujeito deve repetir a sequência. [x] 2 1 8 5 4</p> </div>		<div> <p>2/2</p> </div>			
<div> <p>O sujeito deve repetir a sequência na ordem inversa. [x] 7 4 2</p> </div>							
<div> <p>Leia a série de letras (1 letra/segundo). O sujeito deve bater com a mão cada vez que for dita a letra A. Não se atribuem pontos se ≥ 2 erros.</p> </div>		<div> <p>[] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAAJAMOFAB</p> </div>		<div> <p>1/1</p> </div>			
<div> <p>Subtrair de 7 em 7 começando em 100.</p> </div>		<div> <p>[] 93</p> </div>	<div> <p>[x] 86</p> </div>	<div> <p>[x] 79</p> </div>	<div> <p>[x] 72</p> </div>	<div> <p>[] 65</p> </div>	<div> <p>3/3</p> </div>
<div> <p>4 ou 5 subtrações correctas: 3 pontos; 2 ou 3 correctas: 2 pontos; 1 correcta: 1 ponto; 0 correctas: 0 pontos</p> </div>							
LINGUAGEM							
<div> <p>Repetir: Eu só sei que hoje devemos ajudar o João.</p> </div>		<div> <p>[x]</p> </div>	<div> <p>O gato esconde-se sempre que os cães entram na sala.</p> </div>	<div> <p>[]</p> </div>	<div> <p>2/2</p> </div>		
<div> <p>Fluência verbal: Dizer o maior número possível de palavras que comecem pela letra "P" (1 minuto).</p> </div>		<div> <p>[]</p> </div>	<div> <p>(N ≥ 11 Palavras)</p> </div>		<div> <p>0/1</p> </div>		
ABSTRACÇÃO							
<div> <p>Semelhança p.ex. entre banana e laranja = fruta [x] combolo - bicicleta [x] relógio - régua</p> </div>				<div> <p>2/2</p> </div>			
EVOCAÇÃO DIFERIDA							
<div> <p>Deve recordar as palavras SEM PISTAS</p> </div>		<div> <p>Boca [x]</p> </div>	<div> <p>Linho []</p> </div>	<div> <p>Igreja []</p> </div>	<div> <p>Cravo []</p> </div>	<div> <p>Azul [x]</p> </div>	<div> <p>2/5</p> </div>
<div> <p>Pontuação apenas para evocação SEM PISTAS</p> </div>							
Opcional							
<div> <p>Pista de categoria</p> </div>							
<div> <p>Pista de escolha múltipla</p> </div>							
ORIENTAÇÃO							
<div> <p>[x] Dia do mês [x] Mês [x] Ano [x] Dia da semana [x] Lugar [x] Localidade</p> </div>				<div> <p>6/6</p> </div>			
<div> <p>© Z.Nasreddine MD</p> </div>		<div> <p>Examinador: _____</p> </div>		<div> <p>TOTAL</p> </div>	<div> <p>25/30</p> </div>		

Versão Portuguesa: Freitas, S., Simões, M. R., Santana, I., Martins, C. & Nasreddine, Z. (2013). *Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Versão 1*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Adicionar um ponto se $\leq 12^{\circ}$ ano de escolaridade
Normal $\geq 26/30$

ANEXO IV - Escala de NIHSS

Instruções	Definição da escala	Pontuação	
		27/11	12/12
<p>1a. Nível de Consciência: o examinador deve escolher uma resposta, mesmo que a avaliação completa seja prejudicada por obstáculos como curativo ou tubo orotraqueal, barreiras de linguagem ou traumatismo. Um 3 é dado apenas se o paciente não fizer nenhum movimento em resposta à estimulação dolorosa, para além de respostas reflexas</p>	<p>0 - Acordado: responde corretamente</p> <p>1 – Sonolento, mas acorda com um pequeno estímulo, obedece, responde ou reage</p> <p>2 – Estuporoso: acorda com estímulo forte, requer estimulação repetida ou dolorosa para realizar movimentos (não estereotipados)</p> <p>3 – Comatoso: apenas respostas reflexas motoras ou automáticas, ou sem qualquer tipo de resposta</p>	0	0
<p>1b. NDC Questões: o paciente é questionado sobre mês e idade. A resposta deve ser correta – não se valorizam respostas aproximadas. Pacientes com afasia ou estupor que não compreendam as perguntas têm 2. Pacientes incapazes de falar por tubo ou traumatismo orotraqueal, disartria grave ou qualquer causa, barreiras de linguagem ou qualquer outro problema não secundário a afasia receberão 1. É importante considerar apenas a resposta inicial e que o examinador não “ajude” o paciente com dicas verbais ou não verbais.</p>	<p>0 – Responde ambas as questões corretamente</p> <p>1 – Responde a uma questão corretamente</p> <p>2 – Não responde a nenhuma questão corretamente</p>	1	0
<p>1c. NDC Ordens: o paciente é solicitado a abrir e fechar os olhos e depois abrir e fechar a mão não parética. Substitua por outro comando de um único passo se as mãos não puderem ser utilizadas. Devemos valorizar uma tentativa inequívoca, ainda que não completada devido à fraqueza muscular. Se o paciente não responde à ordem, a tarefa deve ser demonstrada usando gestos e o resultado registado. Aos pacientes com trauma, amputação ou outro impedimento físico devem ser dadas ordens simples adequadas. Pontue só a primeira tentativa</p>	<p>0 – Realiza ambas as tarefas corretamente</p> <p>1 – Realiza uma tarefa corretamente</p> <p>2 – Não realiza nenhuma tarefa corretamente</p>	0	0
<p>2. Melhor Olhar Conjugado: teste apenas os movimentos oculares horizontais. Os movimentos oculares voluntários ou reflexos (oculocefálicos) são pontuados, mas a prova calórica não é avaliada. Se o paciente tem um desvio conjugado do olhar, que é revertido pela atividade voluntária ou reflexa, a pontuação será 1. Se o paciente tem uma parésia de nervo periférico isolada (NC III, IV ou IV), pontue 1. O olhar é testado em todos os pacientes afásicos. os pacientes com trauma ou curativo ocular, cegueira</p>	<p>0 – Normal</p> <p>1 – Paralisia parcial do olhar conjugado. Esta pontuação é dada quando o olhar é anormal em um ou ambos os olhos, mas não há desvio forçado ou parésia total do olhar conjugado</p> <p>2- Desvio forçado ou parésia total do olhar conjugado não revertidos pela manobra oculocefálica</p>	0	0

pré-existente ou outro distúrbio de acuidade ou campo visual devem ser testados com movimentos reflexos e a escolha feita pelo examinador. Estabelecer contacto visual e mover-se perto do paciente de um lado para o outro pode esclarecer a presença de paralisia do olhar conjugado.			
3. Campos visuais: os campos visuais (quadrantes superiores e inferiores) são testados por confrontação, utilizando contagem de dedos ou ameaça visual, conforme apropriado. O paciente pode ser encorajado, mas basta identificar olhando para o lado em que mexem os dedos para ser considerado normal, se houver cegueira unilateral ou enucleação, os campos visuais no olho restante são avaliados. Pontue 1 apenas se houver uma assimetria clara, incluindo quadrantanópsia. Se o paciente é cego por qualquer causa, pontue 3. A estimulação dupla simultânea é realizada neste momento. Se houver extinção, o paciente recebe 1 e os resultados são usados para responder a questão 11.	0 – Sem défices campimétricos 1 – Hemianópsia parcial 2 – Hemianópsia completa 3 – Hemianópsia bilateral (cego, incluindo cegueira cortical)	0	0
4. Parésia facial: pergunte ou use gestos para encorajar o paciente a mostrar os dentes ou levantar as sobrancelhas e fechar com força os olhos. Pontue a simetria da contração facial em resposta ao estímulo doloroso nos pacientes pouco responsivos ou que não compreendam. Na presença de traumatismo, tubo orotraqueal, adesivos ou outra barreira física que possam esconder a face, estes devem ser removidos, tanto quanto possível.	0 – Movimentos normais simétricos 1 – Paralisia facial minor (apagamento da prega nasolabial, assimetria no sorriso) 2 – Paralisia facial central evidente (paralisia facial inferior total ou quase total) 3 – Paralisia facial completa (ausência de movimentos faciais das regiões superior e inferior de um lado da face)	1	1
5. Membros Superiores: o braço é colocado na posição apropriada: extensão dos braços, palmas para baixo, a 90° se sentado ou 45° se posição supina. Pontue-se a queda do braço quando esta ocorre antes de 10 segundos, O paciente afásico é encorajado através de firmeza na voz ou gestos, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, começando no braço não parético. Apenas no caso de amputação ou anquilose do ombro o item poderá ser considerado como não testável (NT), e uma explicação deve ser escrita fundamentando esta escolha.	0 – Sem queda, mantém braço a 90° (ou 45°) por um período de 10 segundos 1 – Queda parcial antes de completar o período de 10 segundos; não chega a tocar na cama ou noutro suporte 2 – Algum esforço contra a gravidade: o braço acaba por cair na cama ou noutro suporte antes dos 10 segundos, mas não de forma imediata 3 – Nenhum esforço contra a gravidade: o braço cai logo; pousado o membro faz algum movimento 4 – Nenhum movimento NT – amputação ou anquilose, explique_____	5a. 0 5b. 2	5a.0 5b. 1

	5a. Membro superior esquerdo 5b. Membro superior direito		
<p>6. Membros Inferiores: a perna é colocada na posição apropriada: extensão a 30°. Teste sempre em posição supina. Pontue-se a queda da perna quando esta ocorre antes de 5 segundos, O paciente afásico é encorajado através de firmeza na voz ou gestos, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, começando na perna não parético. Apenas no caso de amputação ou anquilose da anca o item poderá ser considerado como não testável (NT), e uma explicação deve ser escrita fundamentando esta escolha.</p>	<p>0 – Sem queda, mantém a perna a 30° por um período de 5 segundos</p> <p>1 – Queda parcial antes de completar o período de 5 segundos; não chega a tocar na cama ou noutro suporte</p> <p>2 – Algum esforço contra a gravidade: a perna acaba por cair na cama ou noutro suporte antes dos 5 segundos, mas não de forma imediata</p> <p>3 – Nenhum esforço contra a gravidade: a perna cai logo; pousado o membro faz algum movimento</p> <p>4 – Nenhum movimento</p> <p>NT – amputação ou anquilose, explique_____</p> <p>6a. Membro inferior esquerdo 6b. Membro inferior direito</p>	<p>6a. 0 6b. 1</p>	<p>6a. 0 6b. 0</p>
<p>7. Ataxia de membros: este item procura evidência de lesão cerebelosa unilateral. Teste com olhos abertos. No caso de défice de campo visual, assegure-se que o teste é feito no campo visual intacto. Os testes dedo-nariz e calcanhar Joelho são realizados em ambos os lados e a ataxia é valorizada, apenas, se for desproporcional em relação à fraqueza muscular. A ataxia é considerada ausente no doente com perturbação da compreensão ou plégico. Apenas no caso de amputação ou anquilose o item pode ser considerado no não testável (NT), e uma explicação deve ser escrita fundamentando esta escolha. No caso de cegueira, peça para tocar com o dedo no nariz a partir da posição de braço estendido.</p>	<p>0 – Ausente</p> <p>1 – Presente em 1 membro</p> <p>2 – Presente em 2 membros</p> <p>NT – amputação ou anquilose, Explique: _____</p>	<p>0</p>	<p>0</p>
<p>8. Sensibilidade: avalie a sensibilidade ou mímica facial à picada de alfinete ou a resposta de retirada ao estímulo doloroso em paciente obnubilado ou afásico. Só a perda de sensibilidade atribuída ao AVC é pontuada. Teste tantas as partes do corpo, membros superiores (exceto mãos), inferiores (exceto pés), tronco e face – quantas as necessárias para avaliar com precisão uma perda hemissensitiva. Pontue com 2 só se uma perda grave ou total da sensibilidade puder ser claramente</p>	<p>0 – Normal; sem perda de sensibilidade</p> <p>1 – Perda de sensibilidade leve a moderada; o doente sente menos a picada, ou há uma perda da sensibilidade dolorosa à picada, mas o paciente sente a tocar</p> <p>2 – Perda da sensibilidade grave ou total; o paciente não sente que está sendo tocado</p>	<p>1</p>	<p>0</p>

demonstrada. deste modo, doentes estuporosos ou afásicos irão ser pontuados possivelmente com 1 ou 0. Um doente com AVC do tronco cerebral com perda de sensibilidade bilateral é pontuado com 2. Se o paciente não responde e está quadriplégico pontue 2. Pacientes em coma (item 1ª =3) são pontuados arbitrariamente com 2 neste item			
<p>9. Melhor linguagem: durante a pontuação dos itens precedentes obterá muita informação acerca da capacidade de compreensão. Pede-se ao doente para descrever o que está a acontecer na imagem em anexo, para nomear objetos num cartão de nomeação anexo e para ler uma lista de frases em anexo. A compreensão é julgada a partir destas respostas, assim como as referentes às ordens dadas no exame neurológico geral precedentes. Se a perda visual interferir com os testes, peça ao doente para identificar objetos colocados na mão, repetir frases e produzir discurso. O paciente entubado deve escrever as respostas. O doente em coma (1ª=3) será pontuado arbitrariamente com 3. O examinador deve escolher a pontuação no doente com estupor ou pouco colaborante, mas a pontuação de 3 está reservada a doentes em mutismo e que não cumpram nenhuma ordem simples.</p>	<p>0 – Sem afasia; normal</p> <p>1 – Afasia leve a moderada; perda óbvia de alguma fluência ou dificuldade de compreensão, sem limitação significativa das ideias expressas ou formas de expressão. Contudo, o discurso e/ou compreensão reduzidos dificultam ou impossibilitam a conversação sobre o material fornecido. Por exemplo, na conversa sobre o material fornecido, o examinador consegue identificar figuras ou itens da lista de nomeação a partir da resposta do paciente</p> <p>2 – Afasia grave; toda a comunicação é feita através de expressões fragmentadas; necessidade de interferência, questionamento e adivinhação por parte do examinador. A quantidade de informação que pode ser trocada é limitada; o examinador assume a maior parte da comunicação; o examinador não consegue identificar itens do material fornecido a partir da resposta do paciente</p> <p>3 – Mutismo, afasia global; sem discurso ou compreensão verbal minimamente úteis</p>	1	1
<p>10. Disartria: se acredita que o doente consegue, pede-se para ler ou repetir as palavras da lista anexa. Se o paciente tem afasia grave, a clareza da articulação da fala espontânea pode ser pontuada. Este item é considerável não testável (NT) apenas se o doente estiver entubado ou tiver outras barreiras físicas que impeçam o discurso. Não diga ao paciente a razão pela qual está a ser testado.</p>	<p>0 – Normal</p> <p>1 – Disartria leve a moderada; doente com a arrastada pelo menos algumas palavras, e na pior das hipóteses pode ser entendido com alguma dificuldade</p> <p>2 – Disartria grave; voz do doente é tão arrastada que chega a ser ininteligível, na ausência ou desproporcionalmente a disfasia, ou tem mutismo ou anartria</p> <p>NT – Entubado ou outra barreira física; explique_____</p>	1	1
<p>11. Extinção e desatenção, antiga negligência. A informação suficiente para a</p>	0 – Nenhuma anormalidade	0	0

identificação de negligência pode ter sido obtida durante os testes anteriores. Se o doente tem perda visual grave, que impede o teste da estimulação visual dupla simultânea, e os estímulos cutâneos são normais, a pontuação é normal. Se o doente tem afasia, mas parece identificar ambos os lados, é pontuado como normal. A presença de negligência visuoespacial ou anosagnosia contribuem também para a evidência de anormalidade. Como a anormalidade só é pontuada se presente, o item nunca é considerado não testável.	1 – Desatenção visual, tátil, auditiva, espacial ou pessoal, ou extinção à estimulação simultânea em uma das modalidades sensoriais 2 – Profunda hemidesatenção ou hemidesatenção para mais de uma modalidade; não reconhece a própria mão e se orienta apenas para um lado do espaço		
Score Total		8	4

Gravidade do AVC	Pontuação
Sem sintomas de AVC	0
AVC menor	1-4
AVC moderado	5-15
AVC moderado a grave	16-20
AVC grave	21-42

ANEXO V – Avaliação da Força e Tônus Muscula

Segmentos	Movimentos	Medical Research Council		Escala de Ashworth Modificada	
		27/11	12/12	27/11	12/12
		D/E	D/E	D/E	D/E
Cabeça e Pescoço	Flexão	5	5	0/0	0/0
	Extensão	5	5	0/0	0/0
	Flexão lateral esquerda	5	5	0/0	0/0
	Flexão lateral direita	4	4	0/0	0/0
	Rotação	4/5	4/5	0/0	0/0
Escapulo-umeral	Flexão	4/5	4/5	0/0	0/0
	Extensão	4/5	4/5	0/0	0/0
	Adução	4/5	4/5	0/0	0/0
	Abdução	4/5	4/5	0/0	0/0
	Rotação interna	4/5	4/5	0/0	0/0
	Rotação externa	4/5	4/5	0/0	0/0
Cotovelo	Flexão	4/5	4/5	0/0	0/0
	Extensão	4/5	4/5	0/0	0/0
Antebraço	Pronação	4/5	4/5	0/0	0/0
	Supinação	4/5	4/5	0/0	0/0
Punho	Flexão palmar	3/5	4/5	0/0	0/0
	Dorsi-flexão	3/5	4/5	0/0	0/0
	Desvio radial	3/5	4/5	0/0	0/0
	Desvio cubital	3/5	4/5	0/0	0/0
	Circundação	3/5	4/5	0/0	0/0
Dedos	Flexão	3/5	4/5	0/0	0/0
	Extensão	3/5	4/5	0/0	0/0
	Adução	3/5	4/5	0/0	0/0
	Abdução	3/5	4/5	0/0	0/0
	Oponência do polegar	3/5	4/5	0/0	0/0
Coxo-femural	Flexão	4/5	4/5	0/0	0/0
	Extensão	4/5	4/5	0/0	0/0
	Adução	4/5	4/5	0/0	0/0
	Abdução	4/5	4/5	0/0	0/0
	Rotação interna	4/5	4/5	0/0	0/0

	Rotação externa	4/5	4/5	0/0	0/0
Joelho	Flexão	4/5	4/5	0/0	0/0
	Extensão	4/5	4/5	0/0	0/0
Tibio-társica	Flexão plantar	4/5	4/5	0/0	0/0
	Dorsi-flexão	4/5	4/5	0/0	0/0
	Inversão	4/5	4/5	0/0	0/0
	Eversão	4/5	4/5	0/0	0/0
Dedos	Flexão	4/5	4/5	0/0	0/0
	Extensão	4/5	4/5	0/0	0/0
	Adução	4/5	4/5	0/0	0/0
	Abdução	4/5	4/5	0/0	0/0

Medical Research Council – avaliação da força muscular: grau 0 (sem movimentos visíveis, paralisia total); grau 1 (contração visível ou palpável, mas sem movimento); grau 2 (movimenta a articulação, não vence a gravidade); grau 3 (movimentos contra a gravidade, não vence a resistência); grau 4 (movimentos ativos contra a gravidade e resistência, força menor que o esperado); grau 5 (força normal)

Escala de Ashworth Modificada – avaliação tônus muscular: score 0 (Nenhum aumento do tônus muscular); score 1 (leve aumento do tônus muscular, manifestado por tensão momentânea ou por resistência mínima, no final da amplitude de movimento articular, quando a região é movida em flexão ou extensão); score 1+ (leve aumento do tônus muscular, manifestado por tensão abrupta, seguida de resistência mínima em menos de metade da amplitude de movimento articular restante); score 2 (aumento mais marcante do tônus muscular, durante a maior parte da amplitude de movimento articular, mas a região é movida facilmente); score 3 (considerável aumento do tônus muscular, o movimento passivo é difícil); score 4 (parte afetada rígida em flexão ou extensão)

ANEXO VI – Escala de Berg

AVALIAÇÃO EQUILÍBRIO - Escala de Berg		
1. Posição sentada para posição em pé (instruções: por favor levante-se. Tente não usar suas mãos para se apoiar)		
Pontuação	27/11/2018	12/12/2018
(4) capaz de levantar-se sem utilizar as mãos e estabilizar-se independentemente	X	X
(3) capaz de levantar-se independentemente utilizando as mãos		
(2) capaz de levantar-se utilizando as mãos após diversas tentativas		
(1) necessita de ajuda mínima para levantar-se ou estabilizar-se		
(0) necessita de ajuda moderada ou máxima para levantar-se		
2. Permanecer em pé sem apoio (Instruções: Por favor, fique em pé por 2 minutos sem se apoiar)		
Pontuação	27/11/2018	12/12/2018
(4) capaz de permanecer em pé com segurança por 2 minutos	X	X
(3) capaz de permanecer em pé por 2 minutos com supervisão		
(2) capaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio		
(1) necessita de várias tentativas para permanecer em pé por 30 segundos sem apoio		
(0) incapaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio		
3. Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banquinho (Instruções: por favor, fique sentado sem apoiar as costas com os braços cruzados por 2 minutos)		
Pontuação	27/11/2018	12/12/2018
(4) capaz de permanecer sentado com segurança e com firmeza por 1 minuto	X	X
(3) capaz de permanecer sentado por 2 minutos sob supervisão		
(2) capaz de permanecer sentado por 30 segundos		
(1) capaz de permanecer sentado por 10 segundos		
(0) incapaz de permanecer sentado sem apoio durante 10 segundos		
4. Posição em pé para posição sentada (Instruções: por favor, sente-se)		
Pontuação	27/11/2018	12/12/2018
(4) senta-se com segurança com uso mínimo das mãos		X
(3) controla a descida utilizando as mãos	X	
(2) utiliza a parte posterior das pernas contra a cadeira para controlar a descida		
(1) senta-se independentemente, mas tem descida sem controle		

(0) necessita de ajuda para sentar-se		
5. Transferências (Instruções: arrume as cadeiras perpendicularmente ou uma de frente para a outra para uma transferência em pivô. Peça ao paciente para transferir-se de uma cadeira com apoio de braço para uma cadeira sem apoio de braço, e vice-versa. Você poderá utilizar duas cadeiras (uma com e outra sem apoio de braço) ou uma cama e uma cadeira.		
Pontuação	27/11/2018	12/12/2018
(4) capaz de transferir-se com segurança com uso mínimo das mãos		X
(3) capaz de transferir-se com segurança com o uso das mãos	X	
(2) capaz de transferir-se seguindo orientações verbais c/ ou s/ supervisão		
(1) necessita de uma pessoa para ajudar		
(0) necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar para realizar a tarefa com segurança		
6. Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados (Instruções: Por favor fique em pé e feche os olhos por 10 segundos)		
Pontuação	27/11/2018	12/12/2018
(4) capaz de permanecer em pé por 10 segundos com segurança		X
(3) capaz de permanecer em pé por 10 segundos com supervisão	X	
(2) capaz de permanecer em pé por 3 segundos		
(1) incapaz de permanecer com os olhos fechados durante 3 segundos, mas mantém-se em pé		
(0) necessita de ajuda para não cair		
7. Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos (Instruções: Junte seus pés e fique em pé sem se apoiar)		
Pontuação	27/11/2018	12/12/2018
(4) capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 1 minuto com segurança		X
(3) capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 1 minuto com supervisão	X	
(2) capaz de posicionar os pés juntos independentemente permanecer por 30 segundos		
(1) necessita de ajuda para posicionar-se, mas é capaz de permanecer com os pés juntos durante 15 segundos		
(0) necessita de ajuda para posicionar-se e é incapaz de permanecer nessa posição por 15 segundos		
8. Alcançar a frente com o braço estendido permanecendo em pé (Instruções: levante o braço a 90°. Estique os dedos e tente alcançar a frente o mais longe possível. O examinador posiciona a régua no fim da ponta dos dedos quando o braço estiver a 90°. Ao serem esticados para frente, os dedos não devem tocar a régua. A medida a ser registrada é a distância que os dedos conseguem alcançar quando o paciente se inclina para frente o máximo que ele consegue. Quando possível, peça ao paciente para usar ambos os braços para evitar		

rotação do tronco).		
Pontuação	27/11/2018	12/12/2018
(4) capaz de alcançar com confiabilidade acima de 25cm (10 polegadas)	X	X
(3) capaz de alcançar acima de 12,5cm (5 polegadas)		
(2) capaz de alcançar acima de 5cm (2 polegadas)		
(1) capaz de alcançar, mas com necessidade de supervisão		
(0) perda de equilíbrio durante as tentativas/necessidade de suporte externo		
9. Pegar um objeto do chão a partir de uma posição em pé (Instruções: pegue o sapato/chinelo que está na frente dos seus pés)		
Pontuação	27/11/2018	12/12/2018
(4) capaz de pegar o chinelo com facilidade e segurança		X
(3) capaz de pegar o chinelo, mas necessita de supervisão	X	
(2) incapaz de pegá-lo, mas se estica até ficar a 2-5 cm do chinelo e mantém o equilíbrio independentemente		
(1) incapaz de pegá-lo, necessitando de supervisão enquanto está tentando		
(0) incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair		
10. Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé (Instruções: vire-se para olhar diretamente atrás de você por cima, do seu ombro esquerdo sem tirar os pés do chão. Faça o mesmo por cima do ombro direito. O examinador poderá pegar um objeto e posicioná-lo diretamente atrás do paciente para estimular o movimento)		
Pontuação	27/11/2018	12/12/2018
(4) olha para trás de ambos os lados com uma boa distribuição do peso		X
(3) olha para trás somente de um lado o lado contrário demonstra menor distribuição do peso	X	
(2) vira somente para os lados, mas mantém o equilíbrio		
(1) necessita de supervisão para virar		
(0) necessita, de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair		
11. Girar 360 graus (Instruções: gire-se completamente ao redor de si mesmo. Pausa. Gire-se completamente ao redor de si mesmo em sentido contrário.)		
Pontuação	27/11/2018	12/12/2018
(4) capaz de girar 360 graus, com segurança, em 4 segundos ou menos		
(3) capaz de girar 360 graus, com segurança, somente para um lado em 4 segundos ou menos		X
(2) capaz de girar 360 graus, com segurança, mas lentamente	X	

(2) necessita de supervisão próxima ou orientações verbais		
(0) necessita de ajuda enquanto gira		
12. Posicionar os pés alternadamente ao degrau ou banquinho enquanto permanece em pé sem apoio (Instruções: Toque cada pé alternadamente no degrau/banquinho. Continue até que cada pé tenha tocado o degrau/banquinho quatro vezes)		
Pontuação	27/11/2018	12/12/2018
(4) capaz de permanecer em pé independentemente e com segurança, completando 8 movimentos em 20 segundos	X	X
(3) capaz de permanecer em pé independentemente e completar 8 movimentos em mais que 20 segundos		
(2) capaz de completar 4 movimentos sem ajuda		
(1) capaz de completar mais que 2 movimentos com o mínimo de ajuda		
(0) incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair		
13. Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente (Instruções: (demonstre para o paciente). Coloque um pé diretamente à frente do outro na mesma linha se você achar que não irá conseguir, coloque o pé um pouco mais à frente do outro pé e levemente para o lado.)		
Pontuação	27/11/2018	12/12/2018
(4) capaz de colocar um pé imediatamente à frente do outro, independentemente, permanecer por 30 segundos		
(3) capaz de colocar um pé um pouco mais à frente do outro e levemente para o lado. Independentemente e permanecer por 30 segundos		
(2) capaz de dar um pequeno passo independentemente e permanecer por 30 segundos		X
(1) necessita de ajuda para dar o passo, porém permanece por 15 segundos		
(0) perde o equilíbrio ao tentar dar um passo ou ficar de pé	x	
14. Permanecer em pé sobre uma perna (Instruções: fique em pé sobre uma perna o máximo que você puder sem se segurar)		
Pontuação	27/11/2018	12/12/2018
(4) capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por mais que 10 segundos		
(3) capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por 5-10 segundos		X
(2) capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por 3 ou 4 segundos		
(1) tenta levantar uma perna, mas é incapaz de permanecer por 3 segundos, embora permaneça em pé independentemente	x	

(0) incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair		
PONTUAÇÃO FINAL	42	52

Mau equilíbrio – 0 – 20

Bom equilíbrio - 40 a 56

0 – 36 – 100% Risco de queda

37 – 44 – Locomoção segura, mas com recomendação de assistência ou com auxiliares de marcha

45 – 56 – Não existe risco de queda, a locomoção é segura

ANEXO VII – Timed Up and Go Test (27/11)

TIMED UP AND GO TEST

INSTRUÇÕES:

Material/equipamento: cadeira com braços, de pés fixos, cronómetro, fita adesiva (para demarcar distância de 3 metros)

Orientar o procedimento do teste e certificar-se de que o participante o percebeu

Realizar uma tentativa de familiarização do teste, demonstrando o procedimento (apenas uma vez)

Corrigir, se for necessário, e reforçar pontos importantes, tais como: chegar até à marca no chão e sentar-se, encostando completamente o tronco no encosto da cadeira

Caso a pessoa apresente alguma dificuldade na compreensão, que o faça interromper o percurso, refaça a orientação a respeito da forma correta de execução e reinicie o teste

Caso o participante faça qualquer pergunta durante o teste, como por exemplo: “É para sentar?”, responda: “Faça como eu lhe disse para fazer”;

É permitido ao participante o uso de dispositivo de auxílio (bengala ou andarilho); O participante deve usar o seu calçado habitual;

Para cronometrar o tempo: o cronómetro deve ser disparado, quando o participante projetar os ombros à frente (desencostar da cadeira) e deve ser parado, quando o mesmo encostar completamente o tronco no encosto da cadeira.

PROCEDIMENTO:

A pessoa deverá estar sentada numa cadeira com apoio lateral de braço

Solicitar à pessoa que se levante sem se apoiar nas laterais da cadeira, caminhar 3 metros, rodar 180º e voltar ao ponto de partida, sentando-se novamente

RESULTADO:

Assinalar conforme a cronometragem do trajeto

()	< 10 segundos
(x)	10 a 19 segundos
()	20 segundos ou mais

Tempo acima de 12,4 segundos, indica risco aumentado de queda

ANEXO VIII – Timed Up and Go Test (12/12)

TIMED UP AND GO TEST

INSTRUÇÕES:

Material/equipamento: cadeira com braços, de pés fixos, cronómetro, fita adesiva (para demarcar distância de 3 metros)

Orientar o procedimento do teste e certificar-se de que o participante o percebeu

Realizar uma tentativa de familiarização do teste, demonstrando o procedimento (apenas uma vez)

Corrigir, se for necessário, e reforçar pontos importantes, tais como: chegar até à marca no chão e sentar-se, encostando completamente o tronco no encosto da cadeira

Caso a pessoa apresente alguma dificuldade na compreensão, que o faça interromper o percurso, refaça a orientação a respeito da forma correta de execução e reinicie o teste

Caso o participante faça qualquer pergunta durante o teste, como por exemplo: “É para sentar?”, responda: “Faça como eu lhe disse para fazer”;

É permitido ao participante o uso de dispositivo de auxílio (bengala ou andarilho); O participante deve usar o seu calçado habitual;

Para cronometrar o tempo: o cronómetro deve ser disparado, quando o participante projetar os ombros à frente (desencostar da cadeira) e deve ser parado, quando o mesmo encostar completamente o tronco no encosto da cadeira.

PROCEDIMENTO:

A pessoa deverá estar sentada numa cadeira com apoio lateral de braço

Solicitar à pessoa que se levante sem se apoiar nas laterais da cadeira, caminhar 3 metros, rodar 180º e voltar ao ponto de partida, sentando-se novamente

RESULTADO:

Assinalar conforme a cronometragem do trajeto

(x)	< 10 segundos
()	10 a 19 segundos
()	20 segundos ou mais

Tempo acima de 12,4 segundos, indica risco aumentado de queda

ANEXO IX – Escala de GUSS

Nome: D. P.
 PU:
 Data: 27/11/2018
 Hora:

GUSS Gugging Swallowing Test

(Teste de Avaliação da Deglutição)

Secção 1. Avaliação preliminar / teste de deglutição indirecto

	SIM	NÃO
Vigil (o doente deve estar alerta durante pelo menos 15 minutos)	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Tosse e/ou pigarreio (tosse voluntária) (o doente deve conseguir tossir ou pigarrear 2 vezes)	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Deglutição de saliva	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
• Deglutição sem alteração		
• Escape de saliva	<input checked="" type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
• Modificação da voz (rouca, gorgolejante, molhada ou fraca)	<input checked="" type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
TOTAL:	(5)	
	1 - 4 = Investigação posterior ¹ 5 = Continuar para a secção 2	

Secção 2. Teste de deglutição directo (Material: água bidestilada, colher de chá rasa, espessante, pão)

Seguir a ordem:	1 → SEMISSÓLIDO*	2 → LÍQUIDO**	3 → SÓLIDO***
DEGLUTIÇÃO			
• Impossível	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
• Demorada (> 2 seg.) (sólidos > 10 seg.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
• Sem alteração	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 2
TOSSE (involuntária) (antes, durante ou após a deglutição – até 3 minutos após)			
• Sim	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
• Não	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 1
ESCAPE DE SALIVA			
• Sim	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
• Não	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 1
MODIFICAÇÃO DA VOZ (escutar a voz antes e após a deglutição – o doente deve dizer “i”)			
• Sim	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
• Não	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 1
TOTAL:	(5)	(5)	(5)
	1 - 4 = Investigação posterior ¹ 5 = Continuar para líquido	1 - 4 = Investigação posterior ¹ 5 = Continuar para sólido	1 - 4 = Investigação posterior ¹ 5 = Normal
TOTAL: (Secção 1 + Secção 2) (20)			

*	Primeiro administre entre 1/3 a metade de uma colher de chá com água bidestilada e espessante (consistência de pudim). Se ausência de sintomas, administrar 3 a 5 colheres. Avaliar no final da última colher.
**	Administre, com uma colher, as quantidades 3, 5, 10, 20 ml de água bidestilada – se ausência de sintomas continuar com um copo com 50 ml de água bidestilada (Daniels et al.2000; Gottlieb et al.1996). Avaliar e interromper a investigação quando um ou mais critérios sejam observados.
***	Administre uma pequena porção de pão seco
¹	Encaminhar para médico fono/terapeuta da fala

RESULTADOS		GRAVIDADE	RECOMENDAÇÕES
20	Semissólido, líquido e sólido com sucesso	Disfagia ligeira / sem disfagia Risco mínimo de aspiração	<ul style="list-style-type: none"> Dieta normal Líquidos normais (primeira refeição sob supervisão de Terapeuta da Fala ou Enfermeiro com experiência em AVC)
15-19	Semissólido e líquido com sucesso Sólido sem sucesso	Disfagia ligeira Baixo risco de aspiração	<ul style="list-style-type: none"> Dieta para disfagia (purés e comida mole) Líquidos muito devagar (um gole de cada vez) Avaliação especializada¹
10-14	Semissólido com sucesso Líquido sem sucesso	Disfagia moderada Risco de aspiração	Dieta para disfagia começando com: <ul style="list-style-type: none"> Textura semissólida como comida de bebé e alimentação parentérica adicional Líquidos espessados Comprimidos esmagados e misturados em líquido espessado Não administrar medicação líquida Avaliação especializada¹ Suplementação por via nasogástrica ou parentérica
0-9	Investigação preliminar sem sucesso ou semissólido sem sucesso	Disfagia grave Alto risco de aspiração	<ul style="list-style-type: none"> NPO (<i>non per os</i> – proibida alimentação por via oral) Avaliação especializada¹ Suplementação por via nasogástrica ou parentérica

ANEXO X - Índice de Barthel

AVALIAÇÃO FUNCIONAL - Índice de Barthel				
Autocuidado	Categorias	Pontuação	27/11	12/12
Comer	Totalmente independente - Leva a comida do prato à boca e o copo	10	5	10
	Necessita de ajuda – Precisa de ajuda para cortar carne pão e utilizar copo	5		
	Dependente – Incapaz de se alimentar ou faz alimentação parentérica	0		
Lavar-se	Independente – Entra e sai sozinho do banho	5	0	5
	Dependente – Precisa de ajuda para lavar mais de uma parte do corpo ou para se secar ou não se lava sozinho	0		
Arranjar-se	Independente – Lava o rosto, mãos, penteia-se, lava os dentes, barbeia-se sem ajuda	5	0	5
	Dependente – Necessita de ajuda para se arranjar	0		
Vestir-se	Independente – Veste e despe a roupa, abotoa, aperta fechos cintos e sapatos	10	5	10
	Necessita de ajuda – Veste e despe a roupa parcialmente	5		
	Dependente – Não se veste ou despe sozinho	0		
Eliminação Intestinal*	Continência Normal	10	10	10
	Episódios de incontinência – Episódios ocasionais, necessita de ajuda para administrar supositórios ou enema	5		
	Incontinente	0		
Eliminação Vesical*	Continência Normal – É capaz de cuidar de cateter se o tiver colocado.	10	10	10
	Um episódio diário – como máximo de incontinência, ou necessita ajuda para cuidar da sonda	5		
	Incontinência	0		
Ir ao sanitário	Independente – para ir ao sanitário, para retirar e colocar a roupa	10	10	10
	Necessita de ajuda – para ir ao sanitário, mas limpa-se sozinho	5		
	Dependente	0		
Transferir-se	Independente – para ir da cadeira para a cama	15	15	15
	Necessita de ajuda mínima para o fazer	10		

	Necessita de ajuda significativa para o fazer – mas é capaz de manter-se sentado sozinho	5		
	Dependente	0		
Deambular	Independente – caminha sem ajuda cerca de 50 metros	15	10	15
	Necessita de ajuda – física ou supervisão para caminhar 50 metros	10		
	Move-se em cadeira de rodas sem ajuda	5		
	Dependente	0		
Escadas	Independente – para subir ou descer escadas	10	5	10
	Necessita de ajuda física – ou supervisão para o fazer	5		
	Dependente	0		
Soma do índice			70	100

(*) avaliar a situação relativamente à semana prévia ao internamento.

Grau de dependência em função do resultado	
<20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥60	Leve
100	Independente

Máxima pontuação: 100 pontos (90 se se mover em cadeira de rodas)

ANEXO XI – Medida de Independência Funcional

Níveis	7. Independência completa (em segurança, em tempo normal) 6. Independência modificada (dispositivo)	Sem Ajuda
	Dependência Modificada 5. Supervisão 4. Ajuda Mínima (Indivíduo $\geq 75\%$) 3. Ajuda moderada (indivíduo $\geq 50\%$) Dependência completa 2. Ajuda máxima (indivíduo $\geq 25\%$) 1. Ajuda total (indivíduo $< 25\%$)	Ajuda

	Antes	27/11	12/12
Autocuidado			
Alimentação	7	4	6
Higiene pessoal	7	4	7
Banho	7	4	6
Vestir metade superior	7	4	7
Vestir metade inferior	7	4	7
Utilização da sanita	7	7	7
Controlo dos Esfíncteres			
Bexiga	7	7	7
Intestino	7	7	7
Mobilidade/Transferências			
Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas	7	5	7
Sanita	7	5	7
Banheira, Duche	7	5	7
Locomoção			
Marcha, Cadeira de Rodas	7	5	7
Escadas	7	5	7
Comunicação			
Compreensão	7	3	6
Expressão	7	3	6
Consciência do mundo exterior			
Interação social	7	7	7
Resolução dos problemas	7	3	6
Memória	7	3	6
Total	126	85	112

Instruções

NÍVEIS DE FUNÇÃO		Dependente - (com ajuda)				
		(é necessária outra pessoa para a supervisão ou ajuda física; sem esta, a actividade não se realiza)				
		DEPENDÊNCIA MODIFICADA - o sujeito realiza, pelo menos, 50% do esforço		DEPENDÊNCIA COMPLETA - o sujeito realiza <50% do esforço		
		5 SUPERVISÃO OU PREPARAÇÃO	4 AJUDA MÍNIMA	3 AJUDA MODERADA	2 AJUDA MÁXIMA	1 AJUDA TOTAL
		g) Só necessita controle, presença, sugestão ou encorajamento, sem contacto físico ou h) Ajudante prepara objectos necessários ou coloca prótese ou ortótese (ajuda técnica)	i) Contacto táctil Sujeito realiza >=75% do esforço ou das tarefas	j) Contacto táctil Sujeito realiza >= 50% <75% do esforço ou das tarefas	k) Sujeito realiza >= 25% < 50% do esforço ou das tarefas	l) Sujeito realiza <25% do esforço ou das tarefas
AUTOCUIDADOS	A ALIMENTAÇÃO	g) OU h) exº.: o ajudante abre recipiente, corta carne, barra manteiga, serve bebidas.	i) ...	j) ...	k) ...	l) ou usa gastrostomia ou alimentação parentérica que não administra por si
	B HIGIENE PESSOAL	g) OU h) exº.: o ajudante coloca pasta na escova ou abre previamente produtos de maquilhagem	i) ...	j) ...	k) ...	l) ...
	C BANHO LAVAR CORPO	g) OU h) exº.: o ajudante prepara a água, ou os utensílios de limpeza necessários	i) ...	j) ...	k) ...	l) ...
	D VESTIR METADE SUP.	g) OU h) exº.: o ajudante prepara o vestuário ou coloca ortótese ou ajuda técnica	i) ...	j) ...	k) ...	l) ...ou não é vestido
	E VESTIR METADE INF.	g) OU h) exº.: o ajudante prepara o vestuário ou coloca ortótese ou ajuda técnica	i) ...	j) ...	k) ...	l) ...ou não é vestido
	F UTILIZAÇÃO DA SAMITA	g) OU h) exº.: o ajudante aplica ajuda técnica ou abre embalagens. Ou necessita de ajuda para colocar protecção menstrual	i) ...	j) ...	k) ...	l) ...
CONTROLO DE ESFÍNCTERES	G BEXIGA	g) OU h) exº.: o ajudante coloca ou esvazia ou tem acidentes de incontinência (<=1x/mês)	i) para manutenção de colector externo; ou acidente ocasional (<=1x/semana)	j) para manutenção de colector externo; ou acidente ocasional (<=1x/dia)	k) molha-se quase diária/ deve usar fralda haja ou não sonda ou colector	l) molha-se quase diária/ necessita sempre fralda haja ou não sonda ou colector
	H INTestino	g) OU h) exº.: o ajudante prepara equipamento para controle ou para manutenção de estoma; pode ter acidente ocasional (<=1x/mês)	i) usa supositório ou clister ou ajuda técnica; ou pode ter acidente ocasional (<=1x/sem.)	j) usa supositório ou clister ou ajuda técnica; ou pode ter acidente ocasional (<=1x/dia)	k) apesar da ajuda, está sujo quase diariamente haja ou não estoma.	l) apesar da ajuda, está sujo quase diária/ necessita de fralda com ou sem estoma.
MOBILIDADE/TRANSFERÊNCIAS	I LEITO/CADDEIRA DE RODAS (CR)	g) OU h) exº.: o ajudante coloca tábua de transferência, mobiliza os pedais da CR, etc.	i) ...	j) ...	k) ...	l) ...
	J SAMITA	g) OU h) exº.: o ajudante coloca tábua de transferência, mobiliza os pedais da CR, etc.	i) ...	j) ...	k) ...	l) ...
	K BANHEIRA, DUCHE	g) OU h) exº.: o ajudante coloca tábua de transferência, mobiliza os pedais da CR, etc.	i) ...	j) ...	k) ...	l) ...
LOCOMOÇÃO	L MARCHA/ CAD. RODAS	5-Excepção: Sem Ajuda, deambula em casa, faz marcha, ou usa CR >=15m, c/ ou s/ auxiliar de marcha. 5-g) para percorrer >=45m (a fazer marcha ou com)	i) -para percorrer >=45m	j) -para percorrer >=45m	k) -para percorrer >=15m. Necessita de ajuda de 1 só pessoa	l) ou requer ajuda de 2 pessoas ou não faz marcha ou CR>=15m.
	M ESCADAS	5-Excepção: Sem Ajuda: em casa, sobe e desce 4 a 6 degraus, com ou sem auxiliar de marcha ou ajuda técnica. 5- g) para subir e descer 12-14 degraus	i) -para subir e descer 12-14 degraus	j) -para subir e descer 12-14 degraus	k) -para subir e descer 4-6 degraus. Necessita de ajuda de 1 só pessoa	l) ou precisa ajuda de 2 pessoas ou não sobe nem desce 4-6 degraus; ou necessita ser transportado
COMUNICAÇÃO	N COMPREENSÃO	«Compreende conversa ou texto de necessidades quotidianas básicas» >90% das vezes; precisa ajuda <10% das vezes (conversa lenta, repetições, acentuação, pausas, orientação visual/ gestual)	«...» (ver atrás) em 75-90% das vezes	«...» (ver atrás) em 50-74% das vezes	«...» 25-49% das vezes; pode só compreender questões ou afirmações simples	«...» <25%; ou, apesar da ajuda, não entende questões simples ou não tem respostas adaptadas
	O EXPRESSÃO	Expressa necessidades e ideias essenciais da vida quotidiana >90% das vezes; necessita de ajuda <10% das vezes (exº repetição frequente)	... (ver atrás) em 75-90% das vezes	... (ver atrás) em 50-74% das vezes	... 25-49% x; pode só usar gestos ou palavras isoladas. Necessita de ajuda >50% das vezes	... <25% das vezes; ou não exprime as necessidades essenciais apropriadamente apesar da ajuda
COORDENAÇÃO SOCIAL	P INTERACÇÃO SOCIAL	g) -Só sob situações de stress ou não familiares, mas <10% das vezes. Pode necessitar de encorajamento para iniciar a participação.	Conduz-se apropriadamente em 75-90% das vezes	Interage apropriadamente em 50-74% das vezes	Conduz-se apropriada/ em 25-49%x. Pode necessitar restrição de contactos ou deslocamentos	Conduz-se apropriada/ em <25%x. Pode necessitar restrição de contactos ou deslocamentos
	Q RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS	g) -para resolver problemas de rotina, mas só em situações de stress ou não familiares e <10% das vezes	E Resolve os problemas de rotina E, 75-90% das vezes	E...E (ver atrás), em 50-74% das vezes	E...E (ver atrás) 25-49% das vezes; pode necessitar de restrição de contactos por segurança	E...E (ver atrás) <=25% das vezes; pode necessitar de restrição de contactos por segurança
	R MEMÓRIA	g) exº.: sugestão ou repetição, mas só em situações de stress ou não familiares e <10% das vezes	Reconhece ou lembra-se em 75-90% das vezes	Reconhece ou lembra-se em 50-74% das vezes	Reconhece ou lembra-se em 25 a 49% das vezes. Tem necessidade de ajuda em <50% das vezes	Reconhece ou lembra-se em <25% das vezes ou não reconhece nem lembra

ANEXO XII – Escala de Braden

AValiação Risco Úlceras de Pressão – Escala de Braden					
Percepção sensorial Capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto	1 Totalmente limitada	2 Muito limitada	3 Levemente limitada	4 Nenhuma limitação	27/11
					2
Humidade Nível de exposição da pele à humidade	1 Pele constantemente húmida	2 Pele muito húmida	3 Pele ocasionalmente húmida	4 Pele raramente húmida	4
Atividade Nível de atividade física	1 Acamado	2 Sentado	3 Anda ocasionalmente	4 Anda frequentemente	4
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1 Completamente imobilizado	2 Muito limitada	3 Ligeiramente limitada	4 Nenhuma Limitação	4
Nutrição Alimentação habitual	1 Muito pobre	2 Provavelmente inadequada	3 Adequada	4 Excelente	3
Fricção e forças de deslizamento	1 Problema	2 Problema potencial	3 Nenhum problema		3
Total					20

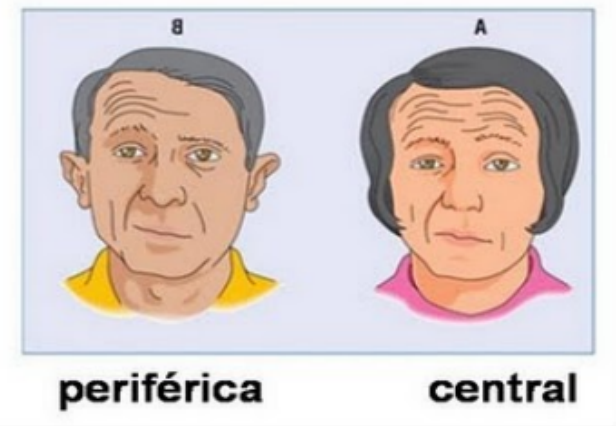
O valor da pontuação total é categorizado em dois níveis de risco:

Alto Risco – Pontuação ≤ 16

Baixo Risco – Pontuação ≥ 17

ANEXO XIII – Reeducação dos Músculos da Face na Paralisia Facial

REEDUCAÇÃO DOS MÚSCULOS DA FACE NA PARALISIA FACIAL



Fonte: <https://sites.google.com/site/terapiadafalaemsuacasa/a-quem-se-destina/paralisia-facial>

Bibliografia: Menoita, E. C. (2012). "Reabilitar a Pessoa Idoso com AVC - contributo para um envelhecer resiliente". Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda. .

Programa de Reeducação dos Músculos da Face

A **Paralisia Facial** ocorre quando há uma paralisia total de todos, ou alguns, músculos responsáveis pelos movimentos e expressões faciais. O nervo que comanda os músculos da face chama-se nervo facial.

A paralisia facial pode ser classificada em:

- **Paralisia facial periférica** (envolve a parte superior e inferior da face);
- **Paralisia facial central** (envolve a parte inferior da face).

A seguir os exercícios apresentados podem ser realizados com a pessoa deitada. De preferência devem ser executados sentada em frente ao espelho.

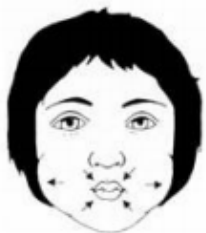
Nas **paralisias faciais**, os estímulos devem ter início na porção superior da face, mesmo que esta não seja a região afetada.

A pessoa pode ainda realizar:

Automassagem com a mão sã.

O que fazer em caso de dificuldade/ incapacidade de fechar o olho:

1. Aplicar lubrificante ocular ou lágrimas artificiais;
2. Proteger o olho durante a noite com um penso adesivo antialérgico poroso (para encerramento da pálpebra superior).



Encher a boca de ar

1. O Enfermeiro, antes de a pessoa executar o movimento, dá um estímulo com os seus dedos, na região do músculo em causa, no sentido contrário ao do movimento solicitado;
 2. Solicitar à pessoa para, olhar para o espelho e tentar encher a boca de ar, resistindo à força exercida pelo Enfermeiro na região lateral dos lábios;
 3. Numa fase mais avançada do programa pode-se solicitar à pessoa para encher um balão;
- Realizar 1 série com 10 repetições, 2 vezes/dia.



Unir as sobrancelhas

1. Dar um estímulo com os seus dedos, na região do músculo em causa, no sentido contrário ao do movimento que vai executar;
 2. Olhar para o espelho e tentar unir as sobrancelhas, resistindo à força exercida pelos seus dedos;
- Realizar 1 série com 10 repetições, 2 vezes/dia.



Elevar as sobrancelhas

1. Dar um estímulo com os seus dedos, na região do músculo em causa, no sentido contrário ao do movimento que vai executar;
 2. Olhar para o espelho e tentar levantar as sobrancelhas, resistindo à força exercida pelos seus dedos;
- Realizar 1 série com 10 repetições, 2 vezes/dia.



Fechar os olhos abruptamente

1. Dar um estímulo com os seus dedos, na região do músculo em causa, no sentido contrário ao do movimento que vai executar;
2. Olhar para o espelho e tentar fechar os olhos com força, resistindo à força exercida pelos seus dedos;

Realizar 1 série com 10 repetições, 2 vezes/dia.



Sorrir

1. Dar um estímulo com os seus dedos, na região do músculo em causa, no sentido contrário ao do movimento que vai executar;
2. Solicitar à pessoa para, olhar para o espelho e tentar sorrir sem mostrar os dentes, resistindo à força exercida pelos seus dedos;

Realizar 1 série com 10 repetições, 2 vezes/dia.



Mostrar os dentes

1. Dar um estímulo com os seus dedos, na região do músculo em causa, no sentido contrário ao do movimento que vai executar;
2. Solicitar à pessoa para, olhar para o espelho e tentar sorrir mostrando os dentes, resistindo à força exercida pelos seus dedos na região lateral dos lábios;

Realizar 1 série com 10 repetições, 2 vezes/dia.



Assobiar

1. Dar um estímulo com os seus dedos, na região do músculo em causa, no sentido contrário ao do movimento que vai executar;
2. Solicitar à pessoa para, olhar para o espelho e tentar fazer o movimento como se fosse assoviar, resistindo à força exercida pelos seus dedos na região lateral dos lábios;

Numa fase mais avançada do programa pode-se solicitar à pessoa para soprar um apito.

Realizar 1 série com 10 repetições, 2 vezes/dia.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Exercícios de Comunicação

EXERCÍCIOS DE COMUNICAÇÃO



Elaborado por
LUIZ ANTONIO
MILAN DE OLIVEIRA DE SOUZA

1

NOMEAÇÃO

2

Olhe para as seguintes imagens e diga o que são.



Fonte: <https://www.shutterstock.com/search/fruit>

3

Olhe para as seguintes imagens e diga o que são.



Fonte: <https://www.shutterstock.com/search/vegetable>

4

Olhe para as seguintes imagens e diga o que são.



Fonte: <https://www.shutterstock.com/search/beverage>

5

Olhe para as seguintes imagens e diga o que são.



Fonte: <https://www.shutterstock.com/search/interior>

6

Olhe para as seguintes imagens e diga o que são.



7

Olhe para as seguintes imagens e diga o que são.



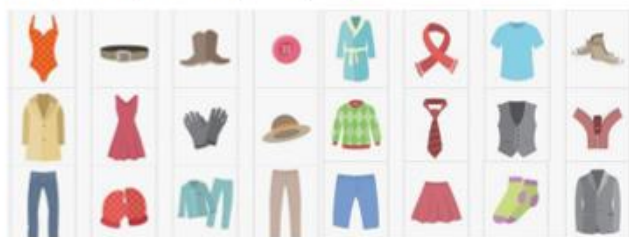
8

Olhe para as seguintes imagens e diga o que são.



9

Olhe para as seguintes imagens e diga o que são.



10

Diga 4 nomes pertencentes às seguintes categorias:

FRUTOS	PROFISSÕES	CORES	ROUPA	DESPORTOS
•	•	•	•	•
•	•	•	•	•
•	•	•	•	•
•	•	•	•	•

11

FLUÊNCIA

12

16

COMPREENSÃO

16

17

<ul style="list-style-type: none"> • Laranja • Maçã • Banana • Morango 	<ul style="list-style-type: none"> • Sardinha • Pescada • Salmão • Dourada 	<ul style="list-style-type: none"> • Portugal • Espanha • França • Itália 	<ul style="list-style-type: none"> • Azul • Verde • Amarelo • Vermelho 	<ul style="list-style-type: none"> • Frigorífico • Fogão • Microondas • Torradeira
--	--	---	--	--

17

18

FRIA	LIQUIDA	DOCE	VERMELHA	REDONDA
• _____	• _____	• _____	• _____	• _____
• _____	• _____	• _____	• _____	• _____
• _____	• _____	• _____	• _____	• _____
• _____	• _____	• _____	• _____	• _____

18

Diga coisas que sirvam para:

COMER	BEBER	LER	PENTEAR	ANDAR
• _____	• _____	• _____	• _____	• _____
• _____	• _____	• _____	• _____	• _____
• _____	• _____	• _____	• _____	• _____
• _____	• _____	• _____	• _____	• _____

Fonte: <https://www.ildelivre.net/contido/psicologia/nome-do-interno/obito/>

19

LER

Assinale qual a palavras que NÃO pertence ao grupo:

Azul / Verde / Olho / Vermelho / Amarelo

Braço / Perna / Cabelo / Pé / Sapato

Avião / Cadeira / Carro / Comboio / Barco

Fonte: <https://www.ildelivre.net/contido/psicologia/nome-do-interno/obito/>

21

Assinale qual a palavras que NÃO pertence ao grupo:

Banana / Uva / Maçã / Ervilha / Morango

Cozinha / Sala / Casa de Banho / Quarto / Lenço

Bebé / Mulher / Homem / Rapaz / Café

Fonte: <https://www.ildelivre.net/contido/psicologia/nome-do-interno/obito/>

22

Responda às seguintes questões:

Onde se cultivam os legumes?

Horta / Jardim / Comboio

Onde se toma banho?

Cozinha / Sala / Casa de Banho

Fonte: <https://www.ildelivre.net/contido/psicologia/nome-do-interno/obito/>

23

Responda às seguintes questões:

Onde se coloca o chapéu?

Cabeça / Braço / Mão

Onde se vendem livros?

Loja / Biblioteca / Livraria

Onde se corta o cabelo?

Cabeleireiro / Talho / Café

Fonte: <https://www.ildelivre.net/contido/psicologia/nome-do-interno/obito/>

24

25

25

25

- 25

25

26

27

Enlace: <https://www.slideshare.net/teachidpsicologia/juanes-de-los-hermosos-della-2>

28

28

28

28

29

29

29

29

30



**Apêndice VII – Avaliação e Diagnóstico das Necessidades de
Formação do Serviço de Reabilitação**

DIAGNÓSTICO DAS NECESSIDADES DE FORMAÇÃO DO SERVIÇO DE REABILITAÇÃO

CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

Foram inquiridos 14 enfermeiros, destes, 6 (42,85%) pertencem ao sexo masculino e 8 (57,14%) ao sexo feminino, sendo a representação das mulheres superior à dos homens.

No que diz respeito à idade dos enfermeiros inquiridos, cerca de 3 (21,42%) enfermeiros têm idades inferiores a 35 anos, 2 (14,28%) idades compreendidas entre os 36 e os 45 anos e cerca de 9 (64,28%) enfermeiros têm idades superiores a 45 anos.

Dados Sociodemográficos	N	%
	14	100,00
Sexo		
Masculino	6	42,85
Feminino	8	57,14
Idade (anos)		
Inferior a 35	3	21,42
36-45	2	14,28
Superior a 45	9	64,28

Quadro 1 – Caracterização da população quanto aos dados sociodemográficos

Relativamente à formação académica, constatou-se que 3 (21,42%) enfermeiros têm o Bacharelato, 4 (28,57%) enfermeiros têm a Licenciatura e 7 (50%) têm Especialidade numa determinada área, representando a maioria. Verifica-se que nenhum enfermeiro é detentor de Mestrado ou Doutoramento.

No que diz respeito à categoria profissional, temos 8 (57,14%) enfermeiros e 6 (42,85) enfermeiros Especialistas.

Quanto aos anos de serviço, a maioria tem um tempo de serviço entre 20-30 anos, cerca de 64, 28% dos enfermeiros, sendo que cerca de 21,42% tem entre 10 a 20 anos de serviço e 14,28% um tempo de serviço entre 5 a 10 anos.

Dados Profissionais	N	%
	14	100.00
Formação Acadêmica		
Bacharelato	4	28,57
Licenciatura	4	28,57
Especialidade	6	42,85
Categoria Profissional		
Enfermeiro	8	57,14
Enfermeiro Especialista	6	42,85
Anos de Serviço		
5-10 anos	2	14,28
10-20 anos	3	21,42
20-30 anos	9	64,28

Quadro 2 – Caracterização da população quanto aos dados profissionais

CARACTERIZAÇÃO DAS NECESSIDADES DE FORMAÇÃO

No que diz respeito aos objetivos da formação, a maioria dos enfermeiros inquiridos considerou que o principal objetivo da formação é a atualização e aperfeiçoamento de conhecimentos teórico-práticos, seguido da melhoria no desempenho profissional, aquisição de novos conhecimentos e competências e, por fim, especialização numa determinada área.

Quanto à duração da formação, os enfermeiros inquiridos dão preferência a formações com duração de 60 minutos.

Da análise dos questionários, foi possível determinar as principais temáticas que os enfermeiros gostariam de ver desenvolvidas, estando estas discriminadas no seguinte quadro.

Áreas Temáticas	N	%
	71	100.00
Treino das atividades de vida diárias	11	15,49
Reabilitação da função cognitiva	10	14,08
Avaliação neurológica em reabilitação	9	12,67

Reabilitação da função motora	8	11,26
Reabilitação da função respiratória	6	8,45
Reabilitação sensorial	5	7,04
Reabilitação na deglutição	5	7,04
Reabilitação da função eliminação intestinal e vesical	4	5,63
Capacitação do cuidador informal	4	5,63
Readaptação ao domicílio	4	5,63
Reabilitação da função cardíaca	3	4,22
Outros	2	2,81

Quadro 3 – Áreas temáticas de interesse

PLANO DAS SESSÕES DE FORMAÇÃO DO SERVIÇO DE REABILITAÇÃO 2019

[illegible]

APÊNDICE I – Questionário de Avaliação das Necessidades Formativas

AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES FORMATIVAS
DO SERVIÇO DE REABILITAÇÃO

SEXO	
Masculino	
Feminino	

IDADE	
--------------	--

HABILITAÇÕES LITERÁRIAS	
Bacharelato	
Licenciatura	
Especialidade	
Mestrado	
Doutoramento	
Área(s) de Formação:	

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL	
1 - 5 anos	
5 - 10 anos	
10 – 20 anos	
20 – 30 anos	

CATEGORIA PROFISSIONAL	
Enfermeiro	
Enfermeiro Especialista	
Enfermeiro Chefe	

OBJETIVOS DA FORMAÇÃO	
Atualização de conhecimentos teórico-práticos	
Aquisição de novos conhecimentos e competências	
Especialização numa determinada área	
Melhoria do desempenho profissional	
Outro:	

DURAÇÃO DA FORMAÇÃO	
30 min	
60 min	
120 min	

ÁREAS TEMÁTICAS DE INTERESSE	
Avaliação Neurológica em Reabilitação	
Reabilitação da Função Motora	
Reabilitação da Função Respiratória	
Reabilitação da Função Cardíaca	

Reabilitação da Função Cognitiva	
Reabilitação da Função Sensorial	
Reabilitação da Função Eliminação Intestinal e Vesical	
Reabilitação na Deglutição	
Treino das Atividades de Vida Diárias	
Capacitação do Cuidador Informal	
Readaptação ao domicílio	
Qualidade dos cuidados	
Higiene e segurança no trabalho	
Outras: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

APÊNDICE II – Apresentação Projeto Formação em Serviço

Enfermeira Especialista C. S.
Enfermeira Inês Lemos (Aluna 9ª OMER)

- No ano de 2018 os temas foram distribuídos da seguinte forma:

Enfermeiros	Temas
	Dor – 5ª Sinal Vital
	UIPP
	Controlo Infecção Hospitalar
	Quedas
	Utilização da medicação própria do doente
	Elaboração do Guia para familiares e utentes com LVM
	Tipos de Marchas

Meses	Jan.	Fev.	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	Agosto	Ser.	Ovt.	Noo.	Dex.
Informática	v			0	v					0		
				0	v					0		
		v		0								
	v			0								
				0		v					0	
				0								
	v											
	v			0							0	

Legenda: X - Programado; V - Realizado

- Controlo da Infecção Hospitalar
- Dor – 5º Sinal Vital
- UPP
- Utilização da Medicação Própria do Doente
- Guia de Apoio a Familiares e Utentes com LVM – em fase de revisão

- A comunicação na pessoa com afasia
- AVC- orientações para o doente e cuidador
- Cuidados de enfermagem no pós-operatório da artroplastia total da anca
- Novas abordagens em Reabilitação
- Motricidade fina na pessoa com AVC

Realizadas 12 sessões formativas → Total de 19,5 horas de formação → 209 horas de trabalho disponibilizadas

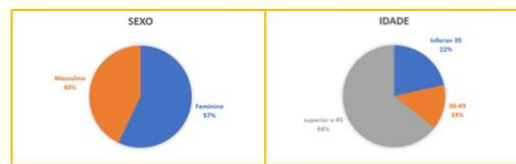
PROJETO FORMAÇÃO



© iStockphoto.com/Andreas K. Witzmann/Alamy

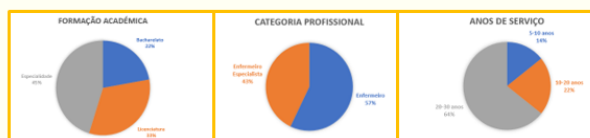
Caracterização da População

Dados Sociodemográficos



Caracterização da População

Dados Profissionais



Caracterização das Necessidades de Formação

Objetivos da Formação:

- Atualização e aperfeiçoamento de conhecimentos teórico-práticos,
- Melhoria no desempenho profissional,
- Aquisição de novos conhecimentos e competências,
- Especialização numa determinada área.

Caracterização das Necessidades de Formação

Áreas Temáticas	N	%
Treino das atividades de vida diárias	11	15,49
Reabilitação da função cognitiva	10	14,08
Avaliação neurológica em reabilitação	9	12,67
Reabilitação da função motora	8	11,26
Reabilitação da função respiratória	6	8,45
Reabilitação sensorial	5	7,04
Reabilitação na deglutição	5	7,04
Reabilitação da função eliminação intestinal e vesical	4	5,63
Capacitação do cuidador informal	4	5,63
Readaptação ao domicílio	4	5,63
Reabilitação da função cardíaca	3	4,22
Outros	2	2,81

PLANO DAS SESSÕES DE FORMAÇÃO DO SERVIÇO DE REABILITAÇÃO 2019

Área Temática	Data	Hora	Duração	Enfermeiro



Apêndice VIII – Sessão de Formação Marcha no AVC

MARCHA NO AVC

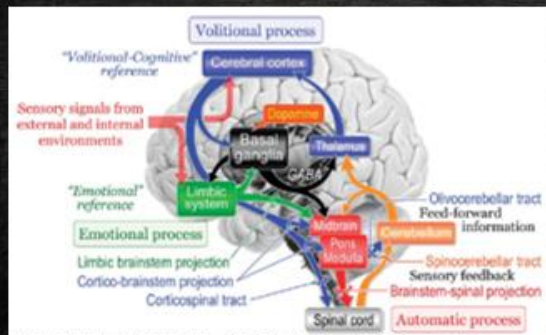
ESTRATÉGIAS DE REABILITAÇÃO

Discente: Inês Lemos n.º 8369
Janeiro de 2019

SUMÁRIO

- Neurofisiologia da Marcha
- Ciclo da Marcha
- Marcha após AVC
- Estratégias de Reabilitação
- Conclusão
- Referências Bibliográficas

NEUROFISIOLOGIA DA MARCHA



Marcha depende de:

- Processos voluntários (Córtex Cerebral, Gânglios Basais e Cerebelo)
- Processos emocionais (Sistema Límbico)
- Processos Automáticos (Gânglios Basais, Tronco Encefálico, Cerebelo e Espinal Medula)

NEUROFISIOLOGIA DA MARCHA



NEUROFISIOLOGIA DA MARCHA

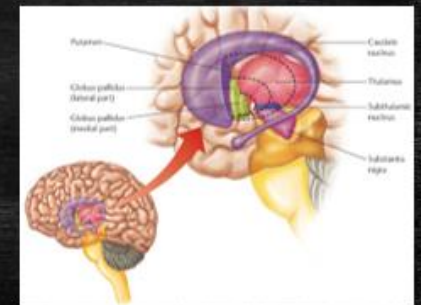
Cerebelo:

- Os estímulos do córtex motor descem ao longo da espinal medula até aos músculos esqueléticos, iniciando movimentos voluntários.
- São enviados estímulos do córtex motor para o cerebelo, formando uma representação do movimento desejado.
- Informação dos neurónios propriocetivos sobem ao cerebelo, informando sobre o movimento em curso.
- Compara o movimento desejado com o movimento em curso e envia impulsos ao córtex motor e segundo neurónio motor, para ajustar o movimento
- É essencial na regulação do tónus postural e do ritmo da marcha, bem como na adaptação locomotora e processos de aprendizagem

NEUROFISIOLOGIA DA MARCHA

Gânglios Basais:

- São importantes na organização e coordenação do movimento e postura
- A sua ação principal é diminuir o tónus muscular e inibir a atividade muscular indesejável
- Contribui para o planeamento, programação e início da marcha



<http://science.scripps.edu/neuroscience/p/354>



CICLO DA MARCHA

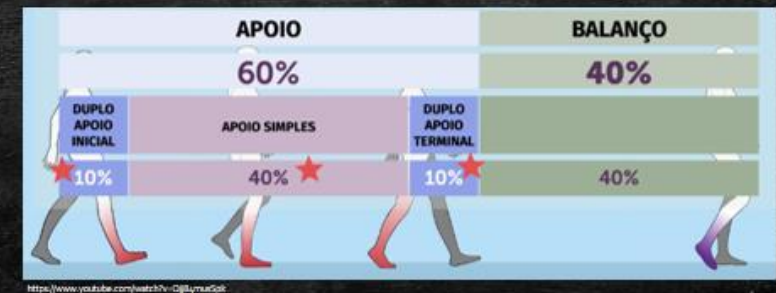
2 Fases:

- Fase de apoio: é caracterizada pelo contato do membro inferior no solo.
- Fase de balanço: não existe contato do membro com o solo



<https://www.youtube.com/watch?v=Cj8LymuGqk>

CICLO DA MARCHA



<https://www.youtube.com/watch?v=Cj8LymuGqk>

CICLO DA MARCHA



<https://www.youtube.com/watch?v=Cj8LmudOpk>

- 1 – Contato Inicial
- 2 – Resposta à Carga
- 2 – Apoio Médio
- 4 – Apoio Terminal
- 5 – Pré – Balanço
- 6 – Balanço Inicial
- 7 – Balanço Médio
- 8 – Balanço Total

MARCHA APÓS AVC

- Cerca de 80% das pessoas vítimas de AVC apresentam alterações na marcha após 3 meses
- No fim do processo de reabilitação, cerca de 18% não conseguem deambular, 11% deambulam com assistência e 50% deambulam independentemente
- Cerca de 70% dos indivíduos têm quedas, na comunidade, durante o primeiro ano, devido à alteração do equilíbrio aquando da marcha

Bojars, Vasa, Frykberg, 2015

MARCHA APÓS AVC

- O AVC leva a uma interrupção nas vias descendentes neuronais, sem lesão direta na espinal medula. É possível utilizar os estímulos da espinal medula, necessários para deambular, para reorganizar o córtex cerebral – processos de adaptação e compensação



Défices Assimétricos

- O padrão da marcha hemiparética varia de acordo com o local e extensão da lesão cerebral
- AVC do tronco encefálico e cerebelo são menos frequentes, pelo que o processo automático fica intacto.

MARCHA APÓS AVC

- Diminuição do comprimento da passada
- Diminuição do tempo da passada
- Aumento da base de suporte
- Diminuição da velocidade de marcha
- Fase de apoio menor e fase de balanço maior, no membro afetado
- Alteração do equilíbrio ortostático
- Instabilidade na transferência de peso do membro inferior afetado para o menos afetado



Fonte: <https://www.pinterest.pt/pin/547046685969001744/>

MARCHA APÓS AVC

- Fase de apoio:
 - redução da flexão coxofemoral,
 - hiperextensão do joelho,
 - redução da dorsiflexão da tibiotársica
- Fase de balanço:
 - elevação da pélvis
 - abdução coxofemoral
 - limitação da flexão do joelho,
 - limitação da dorsiflexão tibiotársica
 - movimento circundação do MI
- Ausência do balanço do membro superior afetado
- Aumento da rotação do tronco



Perda da força propulsiva da marcha
Perda do mecanismo de absorção do choque
Deslocamento do centro de massa no espaço
Aumento do consumo energético

MARCHA APÓS AVC



Fonte: <https://www.youtube.com/watch?v=FFki8FtaByw>

ESTRATÉGIAS DE REABILITAÇÃO

Especificidade

Repetição

Intensidade



Aumento da atividade corticoespinal

Potencia a neuroplasticidade

ESTRATÉGIAS DE REABILITAÇÃO

- Métodos de Neurofacilitação
- Treino de Força Muscular
- Treino orientado para uma tarefa (Treino de Passadeira com ou sem suporte de peso, treino "Sit-to-Stand", treino de marcha, desviar de obstáculos)
- Programas de treino cardiovascular



- Estimulação Elétrica Funcional
- Imagem motora
- Terapia de Espelho
- Treino de marcha assistido por robot
- Realidade Virtual
- Produtos de Apoio (ortótese pé-tornozelo, canadianas)

CONCLUSÃO

- A compreensão da marcha normal permite avaliar de padrões patológicos e direcionar o tratamento
- O padrão motor básico da passada tem origem na espinal medula, enquanto que o controlo fino da marcha envolve várias regiões do cérebro: cortex motor, cerebelo, gânglios basais e tronco encefálico
- O AVC leva a uma disrupção das vias neuronais descendentes levando a mecanismos de compensação e adaptação – Marcha assimétrica

CONCLUSÃO

- Estruturas responsáveis pelos processos automáticos, frequentemente, ficam intactas
- **Marcha AVC:** padrão assimétrico de marcha, com maior envolvimento lado afetado, resultando em alterações do equilíbrio e diminuição velocidade de marcha



Risco de Quedas

- Existem várias estratégias de reabilitação direcionadas para a atividade muscular, controlo postural e treino de marcha
- Não há evidência de que um método seja melhor que outro, pelo que, uma combinação de métodos de reabilitação poderá ser o mais favorável

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Eng, J., Tang, P. (2007). Gait training strategies to optimize walking ability in people with stroke: A synthesis of the evidence. Expert Review Neurotherapeutics. Vol. 7(10): pp. 1417-1436

Belda-Los, J., Homo, S., Berniejo-Bosch, I., Moreno, J., Pons, J., Farina, D., Iosa, M., Molinari, M., Tamburelli, F., Ramos, A., Carla, A., Solís-Escalante, T., Brunner, C., Rea, M. (2011). Rehabilitation of gait after stroke: a review towards a top-down approach. Journal of Neuroengineering and Rehabilitation. Vol. 8;66

Nordin, M., Frankel, V. (2012). Basic Biomechanics of the Musculoskeletal System, 4th Edition ed., Wolters Kluwer Health.

Verma, R., Arya, K., Sharma, P., Geig, R. (2012). Understanding gait control in post-stroke: Implications for management. Journal of Bodywork & Movement Therapies vol.16, pp.14-21

Takakusaki, K. (2013). Neurophysiology of Gait: From the Spinal Cord to the Frontal Lobe. Movement Disorders. Vol. 28, No. 11

Balaban, B., Tok, F. (2014). Gait Disturbances in Patients With Stroke. American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation. Vol. 6, pp. 635-642

Beyersa, C., Vassc, R., Frykberg, G. (2015). Gait post-stroke: Pathophysiology and rehabilitation strategies. Clinical Neurophysiology. Vol. 45, pp. 335-355

Apêndice IX – Exercícios de Comunicação

EXERCÍCOS DE COMUNICAÇÃO



Elaborado por:
Prof. Sônia Lemos
Mestre do FICM/UFPA

1

NOMEAÇÃO

2

Olhe para as seguintes imagens e diga o que são.



Fonte: <https://www.pinterest.pt/pin/303000000000000000/>

3

Olhe para as seguintes imagens e diga o que são.



Fonte: <https://www.pinterest.pt/pin/303000000000000000/>

4

Olhe para as seguintes imagens e diga o que são.



Fonte: <https://www.pinterest.pt/pin/303000000000000000/>

5

Olhe para as seguintes imagens e diga o que são.



Fonte: <https://www.pinterest.pt/pin/303000000000000000/>

6

Olhe para as seguintes imagens e diga o que são.



7

Olhe para as seguintes imagens e diga o que são.



8

Olhe para as seguintes imagens e diga o que são.



9

Olhe para as seguintes imagens e diga o que são.



10

Diga 4 nomes pertencentes às seguintes categorias:

FRUTOS	PROFISSÕES	CORES	ROUPA	DESPORTOS
•	•	•	•	•
•	•	•	•	•
•	•	•	•	•
•	•	•	•	•

11

FLUÊNCIA

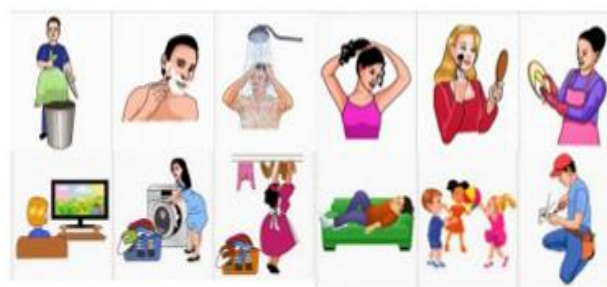
12

Descreva as seguintes situações:



13

Descreva as seguintes situações:



14

Descreva as seguintes situações:



15

COMPREENSÃO

16

Perante as seguintes palavras, diga quais os grupos semânticos a que pertencem:

<ul style="list-style-type: none"> Laranja Maçã Banana Morango 	<ul style="list-style-type: none"> Sardinha Pescada Salmão Dourada 	<ul style="list-style-type: none"> Portugal Espanha França Itália 	<ul style="list-style-type: none"> Azul Verde Amarelo Vermelho 	<ul style="list-style-type: none"> Frigorífico Fogão Microondas Torradeira
--	--	---	--	--

17

Perante as seguintes palavras, diga 4 exemplos de cada grupo:

FRIA	LIQUIDA	DOCE	VERMELHA	REDONDA
• _____	• _____	• _____	• _____	• _____
• _____	• _____	• _____	• _____	• _____
• _____	• _____	• _____	• _____	• _____
• _____	• _____	• _____	• _____	• _____

18

Diga coisas que sirvam para:

COMER	BEBER	LER	PENTEAR	ANDAR
• _____	• _____	• _____	• _____	• _____
• _____	• _____	• _____	• _____	• _____
• _____	• _____	• _____	• _____	• _____
• _____	• _____	• _____	• _____	• _____

Fonte: <http://www.360brain.net/verbos/psicologos/verbos-de-interesse-dicas/>

19

LER

Assinale qual a palavras que NÃO pertence ao grupo:

Azul / Verde / Olho / Vermelho / Amarelo

Braço / Perna / Cabelo / Pé / Sapato

Avião / Cadeira / Carro / Comboio / Barco

Fonte: <http://www.360brain.net/verbos/psicologos/verbos-de-interesse-dicas/>

21

Assinale qual a palavras que NÃO pertence ao grupo:

Banana / Uva / Maçã / Ervilha / Morango

Cozinha / Sala / Casa de Banho / Quarto / Lenço

Bebé / Mulher / Homem / Rapaz / Café

Fonte: <http://www.360brain.net/verbos/psicologos/verbos-de-interesse-dicas/>

22

Responda às seguintes questões:

Onde se cultivam os legumes?

Horta / Jardim / Comboio

Onde se toma banho?

Cozinha / Sala / Casa de Banho

Fonte: <http://www.360brain.net/verbos/psicologos/verbos-de-interesse-dicas/>

23

Responda às seguintes questões:

Onde se coloca o chapéu?

Cabeça / Braço / Mão

Onde se vendem livros?

Loja / Biblioteca / Livraria

Onde se corta o cabelo?

Cabeleireiro / Talho / Café

Fonte: <http://www.360brain.net/verbos/psicologos/verbos-de-interesse-dicas/>

24

Leia as pistas abaixo e assinale nas colunas o que é pretendido:

COLUNA A	COLUNA B	COLUNA C
Carro	Casaco	Computador
Lápis	Peixe	Mesa
Boneca	Pedreiro	Televisão
Cama	Sapato	Árvore
Lixo	Canalizador	Sentinel

PISTAS

- Sublinhe a 3ª palavra da coluna A
- Faça um círculo nos nomes de cidades
- Na coluna B faça uma cruz nas duas profissões
- Sublinhe com 2 traços todas as palavras começadas por C
- Em que coluna está um alimento?

For the full text of this document, visit <http://www.fda.gov/oc/ohrt>

25

**ESCRITA E
CÁLCULO**

26

Escreva 4 exemplos de cada categoria:

PROFISSÕES	BEBIDAS	CORES	ANIMAIS

For further information, please contact the publisher at info@springer.com.

27

Faça as seguintes somas/subtrações:

$5 + 2 =$

$8 + 4 =$

$11 + 14 =$

28

Faça as seguintes somas/subtrações:

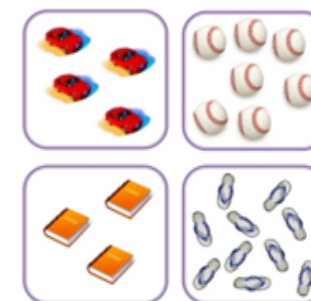
$20 - 8 =$

$63 - 7 =$

$31 - 5 =$

29

Conte as imagens dentro do quadrado:



30

Apêndice X - Anosognosia

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização Enfermagem de Reabilitação

Estágio com Relatório

ANOSOGNOSIA

Inês Raquel Márcia de Lemos

Lisboa

2019



Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização Enfermagem de Reabilitação

Estágio com Relatório

ANOSOGNOSIA

Inês Raquel Márcia de Lemos

Orientador: Professor Ricardo Braga

Lisboa
2019



ÍNDICE

1. ANOSOGNOSIA.....	4
---------------------	---

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	8
---------------------------------	---

1. ANOSOGNOSIA

O termo “anosognosia” foi utilizado, pela primeira vez por J. Babinski (1914), para descrever o fenómeno em que a pessoa com hemiplegia esquerda não era capaz de reconhecer o seu défice. Tem origem em três morfemas, “a” - sem, “nosso” - doença e “gnosis” – conhecimento. E, embora tenha sido, inicialmente, utilizado para descrever o desconhecimento da hemiplegia, esta assume diferentes formas. Pode existir para hemiplegia, cegueira cortical (síndrome de Anton), hemianopsia, perda de memória (amnésia), demência e afasia. Pode, ainda, abranger alterações funcionais, incluindo limitação nas atividades da vida diária, dificuldades interpessoais e mudanças de personalidade. De acrescentar que não há explicação universal para a anosognosia, não sendo claro se é resultado de um estado confusional, défice cognitivo ou de um comprometimento cognitivo específico (Jehkonen, Laihosalo, & Kettunen, 2006; Heilman, 2014).

Há um amplo consenso de que a anosognosia é mais comum após lesão do hemisfério direito, sendo que a sua frequência varia de 11% a 60% (Jehkonen et al., 2006; Azouvi & Peskine, 2012). A anosognosia para hemiplegia e hemianopsia são as mais frequentes.

Outro aspeto que permanece por esclarecer, diz respeito à localização da lesão que está na origem da anosognosia. Contudo, Pia, Neppi-Modona, Ricci, & Berti (2004), na sua revisão, descrevem que a anosognosia surge frequentemente em lesões que envolvam os lobos frontais e parietais, individualmente, ou o lobo frontal com estruturas subcorticais (gânglios basais) ou ambos os lobos.

O envolvimento frontal pode conduzir a uma alteração no sistema de monitorização motora, responsável pela execução e conceção da ação. Sabe-se que as estruturas subcorticais fazem parte desta rede. A lesão no lobo parietal pode conduzir a uma diáspise no lobo frontal e, consequentemente, a sintomas funcionais anosognósticos. A associação da lesão do lobo frontal e do lobo parietal, pode traduzir-se na presença de *neglect* hemiespacial, na maioria das pessoas com anosognosia, podendo estar relacionado com

uma restrição espacial imposta ao sistema de monitorização motora, onde a componente parietal da rede é responsável pela computação espacial necessária para a execução de atos motores no espaço. Desta forma, o *neglect* hemiespacial e a anosognosia podem ter origem na lesão de um circuito comum para representações de espaço e ação, provocando distúrbios de consciência limitados espacialmente (Pia et al., 2004; Gainotti, 2018).

A anosognosia é observada, principalmente, após isquemia do território da artéria cerebral média, principalmente quando há envolvimento da divisão póstero-inferior (Azouvi & Peskine, 2012)

Uma variedade de teorias tem surgido para explicar a anosognosia. Geschwind (1965), desenvolveu uma hipótese inicial em que este déficit seria consequência de uma desconexão hemisférica. Contudo, constatou-se que, mesmo quando o hemisfério esquerdo recebe informações sobre a hemiplegia, o nível de consciência pode ou não sofrer alterações (Kortte & Hillis, 2009; Heilman, 2014). Outras teorias foram propostas, como a correlação da anosognosia com o *neglect* hemiespacial, com alterações do processamento somatossensorial e cognitivo ou a incapacidade de adaptação/negação após AVC. Porém, estas teorias não explicam todas as dimensões da anosognosia (Jehkonen et al., 2006; Kortte & Hillis, 2009; Heilman, 2014).

A investigação sobre a anosognosia tem-se mostrado difícil pela sua complexidade e multidimensionalidade, restringindo o desenvolvimento de instrumentos de avaliação capazes de explorar a natureza multifacetada deste fenómeno (Orfei, Caltagirone, & Spalletta, 2009). A definição do momento de avaliação inicial tem-se revelado difícil, uma vez que os processos de reorganização neuronal se iniciam imediatamente após lesão cerebral, podendo manter-se durante meses, influenciando os resultados obtidos. Por outro lado, a gravidade deste déficit depende, igualmente, das comorbilidades preexistentes e do tempo decorrido após o AVC (Kortte & Hillis, 2009).

Neste sentido, Orfei et al. (2009) sugerem uma definição de anosognosia mais ampla e holística, com o intuito de facilitar a avaliação e, conseqüentemente, fornecer uma melhor compreensão da anosognosia após AVC. Defendem que a avaliação deve incluir "...causal attribution of the deficit, evaluation of functional implications in activities of daily living, expectations of recovery, changes in various ability domains (sensorimotor, but also

cognitive, behavioral and interpersonal) and adherence to the treatment...” (p. 281). Salientam, ainda, que dada a multidimensionalidade deste déficit, é possível recorrer a instrumentos específicos, e já conhecidos, para avaliação sensoriomotora, cognitiva, linguagem e *neglect* hemiespacial.

A anosognosia desenvolve-se imediatamente após a lesão cerebral e resolve-se após 2 semanas, persistindo em menos de 10% das pessoas. Na fase aguda, a diminuição da propriocepção é o melhor preditor para a anosognosia, enquanto que na fase subaguda, o *neglect* hemiespacial e a desorientação são os mais determinantes. Estão reportados casos de anosognosia crônica, mas frequentemente associada a défices cognitivos ou disfunção pré-frontal (Azouvi & Peskine, 2012).

O conhecimento sobre tratamentos e intervenções de reabilitação que tenham um impacto direto no nível de consciência é limitado. Contudo, sabe-se que a presença de anosognosia tem um impacto negativo no processo de reabilitação, uma vez que impede o envolvimento da pessoa, podendo mesmo contribuir para comportamentos perigosos (Azouvi & Peskine, 2012; Heilman, 2014). Neste sentido, a estruturação do ambiente é essencial, incidindo na prevenção do risco de quedas e promoção da segurança.

Na presença de anosognosia deve proceder-se a uma avaliação detalhada para determinar a extensão e a natureza do seu déficit. Inevitavelmente, estas pessoas vão ser confrontadas com as suas incapacidades, não as compreendendo. Neste sentido, a resistência à reabilitação surge quando a pessoa começa a recuperar da consciência dos seus défices (Azouvi & Peskine, 2012).

A estimulação vestibular calórica pode conduzir a uma remissão temporária do *neglect* hemiespacial e da anosognosia (Ronchi et al., 2013). Foi, também, observada uma recuperação transitória da anosognosia após adaptação prismática (Pisella, Rode, Farne, & Boisson, 2002). Mais recentemente, Fotopoulou, Rudd, Holmes, & Kopelman (2009), demonstraram que a utilização de videofeedback (demonstração dos défices através do vídeo), pode levar à recuperação permanente da anosognosia. D’Imperio, Bulgarelli, Bertagnoli, Avesani, & Moro (2017) constataram, igualmente, que a realização de determinado tipo de ações, incluindo atividades com algum risco, e sua posterior análise (com apoio emocional adequado), têm uma influência positiva na recuperação deste déficit.

Concluindo, a anosognosia continua a ser um mistério, com grandes implicações para o prognóstico e recuperação funcional após Acidente Vascular Cerebral do hemisfério direito. Confirma-se a necessidade de investimento em novas abordagens experimentais e novas ferramentas terapêuticas que permitam a compreensão dos mecanismos cognitivos e neuronais subjacentes à consciência do funcionamento normal quanto à anosognosia dos comprometimentos neurológicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Azouvi, P., & Peskine, A. (2012). Anosognosia and denial after right hemisphere stroke. *The Behavioral and Cognitive Neurology OfStroke*, 158–169.
- D'Imperio, D., Bulgarelli, C., Bertagnoli, S., Avesani, R., & Moro, V. (2017). Modulating anosognosia for hemiplegia: The role of dangerous actions in emergent awareness. *Cortex*, 92, 187–203.
- Fotopoulou, A., Rudd, A., Holmes, P., & Kopelman, M. (2009). Self-observation reinstates motor awareness in anosognosia for hemiplegia. *Neuropsychologia*, 47, 1256–1260.
- Gainotti, G. (2018). Anosognosia in degenerative brain diseases: The role of the right hemisphere and of its dominance for emotions. *Brain and Cognition*, 127, 13–22.
- Geschwind, N. (1965). Disconnexion syndromes in animals and man. *Brain*, LXXXVIII, 237–294.
- Heilman, K. M. (2014). Possible mechanisms of anosognosia of hemiplegia. *Cortex*, 61, 30–42.
- Jehkonen, M., Laihosalo, M., & Kettunen, J. (2006). Anosognosia after stroke: assessment, occurrence, subtypes and impact on functional outcome reviewed. *Acta Neurologica Scandinavica*, 114, 293–306.
- Kortte, K., & Hillis, A. E. (2009). Recent advances in the understanding of neglect and anosognosia following right hemisphere stroke. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 9, 459–465.
- Orfei, M., Caltagirone, C., & Spalletta, G. (2009). The evaluation of anosognosia in stroke patients. *Cerebrovascular Diseases*, 27, 280–289.
- Pia, L., Neppi-Modona, M., Ricci, R., & Berti, A. (2004). The anatomy of anosognosia for hemiplegia: a meta-analysis. *Cortex*, 40, 367–377.
- Pisella, L., Rode, G., Farne, A., & Boisson, D. (2002). Dissociated long lasting improvements

of straight-ahead pointing and line bisection tasks in two hemineglect patients. *Neuropsychologia*, 40, 327–334.

Ronchi, R., Rode, G., Cotton, F., Farnè, A., Rossetti, Y., & Jacquin-Courtois, S. (2013). Remission of anosognosia for right hemiplegia and neglect after caloric vestibular stimulation. *Restorative Neurology and Neuroscience*, 31, 19–24.